

“Año Del Dialogo Y Reconciliación Nacional”

UNIVERSIDAD NACIONAL DE PIURA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



**“VALORACIÓN DE LOS RESULTADOS DEL TEST NO
ESTRESANTE EN GESTANTES CON Y SIN PREECLAMPSIA
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA.
ENERO – FEBRERO, 2018”**

PRESENTADA POR:

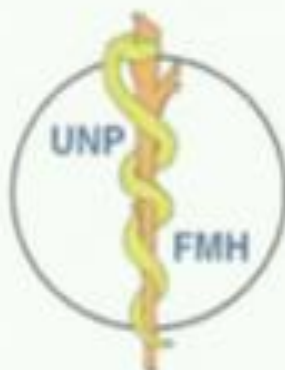
BACH. Zoila Yomira Merino Zapata

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA
EN OBSTETRICIA**

PIURA – PERÚ

2018

UNIVERSIDAD NACIONAL DE PIURA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

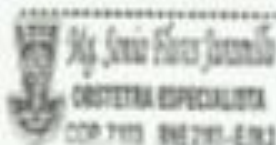


**"VALORACION DE LOS RESULTADOS DEL TEST NO
ESTRESANTE EN GESTANTES CON Y SIN PREECLAMPSIA
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA.
ENERO – FEBRERO, 2018"**

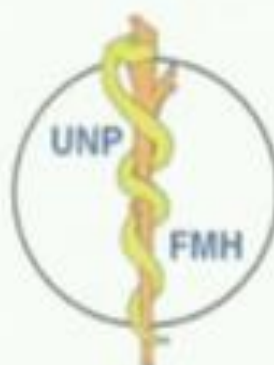
**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN
OBSTETRICIA**

Zoila Yomira Merino Zapata
AUTOR

Mg. Sonia Yolanda Flores Jaramillo
ASESORA



UNIVERSIDAD NACIONAL DE PIURA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD



**"VALORACION DE LOS RESULTADOS DEL TEST NO
ESTRESANTE EN GESTANTES CON Y SIN PREECLAMPSIA
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA.
ENERO – FEBRERO, 2018"**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN
OBSTETRICIA**

JURADO CALIFICADOR

DR. CARLOS HOLGUÍN MAURICCI
PRESIDENTE

MG. MARIA QUEREVALU YENQUE
SECRETARIA

DR. FRANCISCO ZEDANO CARBAJAL
VOCAL

DECLARACIÓN JURADA

DE ORIGINALIDAD DE TRABAJO DE INVESTIGACION

Yo: ZOILA YOMIRA MERINO ZAPATA, identificado con CU/DNI -N° 75751162 en mi condición de Estudiante () Egresante () Egresado (X), de la Facultad de CIENCIAS DE LA SALUD - ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA,

Domicilio: *Calle Jose Maria Reygoela* ... Email: *mmurinozapata1996* Celular: *958535022*
.....

Título: "VALORACION DE LOS RESULTADOS DEL TEST NO ESTRESANTE EN GESTANTES CON Y SIN PREECLAMPSIA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA, ENERO- FEBRERO, 2018"

DECLARO BAJO JURAMENTO: que el trabajo de investigación que presento a la Oficina Central de Investigación (OCIN), es original, no siendo copia parcial ni total de un trabajo de investigación desarrollado, y/o realizado en el Perú o en el Extranjero, en caso contrario de resultar falsa la información que proporciono, me sujeto a los alcances de lo establecido en el Art. N° 411, del código Penal concordante con el Art. 32° de la Ley N° 27444, y Ley del Procedimiento Administrativo General y las Normas Legales de Protección a los Derechos de Autor.

En fe de lo cual firmo la presente.



Huella Digital



Piura, 15 de Junio del 2018

ZOILA YOMIRA MERINO ZAPATA

DNI N° 75751162

Artículo 411.- El que, en un procedimiento administrativo, hace una falsa declaración en relación a hechos o circunstancias que le corresponde probar, violando la presunción de veracidad establecida por ley, será reprimido con pena privativa de libertad no menor de uno ni mayor de cuatro años.

Art. 4. Inciso 4.12 del Reglamento del Registro Nacional de Trabajos de Investigación para optar grados académicos y títulos profesionales -RENATI Resolución de Consejo Directivo N° 033-2016-SUNEDU/CD



UNIVERSIDAD NACIONAL DE PIURA
OFICINA CENTRAL DE INVESTIGACIÓN



REGISTRO REGIONAL DE TRABAJOS DE INVESTIGACION Y PROYECTOS DE
TESIS

FORMATO N° 1

1.- Apellidos y Nombres del Graduando : ZOILA YOMIRA MERINO ZAPATA

2.- Título del Proyecto de Investigación :

VALORACION DE LOS RESULTADOS DEL TEST NO ESTRESANTE EN GESTANTES CON Y SIN
PREECLAMPSIA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA, ENERO- FEBRERO, 2018

3.- Patrocinador/Director/Asesor : OBST. SONIA YOLANDA FLORES JARAMILLO

4.- Contenido (Resumen 10 Líneas) :

Es importante realizar en toda gestante un cuidado monitoreo clínico y cardiotocografico en el anteparto e intraparto, registrando la valoración en la historia clínica o reportes correspondientes, en especial, en gestantes con trastornos hipertensivos del embarazo u otras patologías, por lo que con la presente investigación se podrá conocer los principales características y resultados cardiotocográficos del test no estresante en pacientes con preeclampsia y contrastarlos con las pacientes que no presentan esta patología, para que de esta manera se pueda identificar los hallazgos que pronostiquen un compromiso fetal para una intervención oportuna, así como mejorar la valoración cardiotocográfica para la reducción de la morbilidad materno-perinatal; así mismo servirá como antecedentes para otras investigaciones.

5.- Grado Académico o Título Profesional: Titulo Profesional

6.- Universidad: Universidad Nacional de Piura - Oficina Central de Investigación

7.- Facultad: CIENCIAS DE LA SALUD - ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

8.- Escuela o Unidad de Pre o Post Grado: CIENCIAS DE LA SALUD - ESCUELA PROFESIONAL DE
OBSTETRICIA

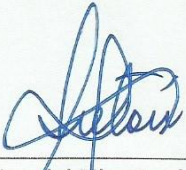
9.- Evaluación del Contenido de la Investigación: Aprobado Proyecto de Tesis

10.- Cotejo en la Base de Datos de la: Oficina Central de Investigación

11.- Certificación de Aprobación del Proyecto: Propuesta Original presentada por el Autor

12.- Fecha: 12 de Junio 2018




Dra. Alina del Pilar Antón Chávez
Jefe de la Oficina Central de Investigación
Universidad Nacional de Piura



"ACREDITACIÓN, COMPROMISO DE TOD-OS"
Universidad Nacional de Piura Facultad de Ciencias de la Salud
"Año del Diálogo y la Reconciliación Nacional"



ACTA DE SUSTENTACION DE TESIS

Los Miembros del Jurado Calificador que suscriben, reunidos para calificar el Proyecto de Tesis de la Srta. **ZOILA YOMIRA MERINO ZAPATA**, denominado "**VALORACION DE LOS RESULTADOS DEL TEST NO ESTRESANTE EN GESTANTES CON Y SIN PREECLAMPSIA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA. ENERO – FEBRERO 2018**". Lo declaran:

APROBADO

En consecuencia, queda en condiciones de ser calificada APTA por el Consejo de Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Piura, y recibir el **TITULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN OBSTETRICIA**, de conformidad con el Art. 98 del Estatuto de la Universidad Nacional de Piura.

Piura, 18 de diciembre del 2018

DR. CARLOS HOLGUIN MAURICCI
PRESIDENTE

MG. MARIA QUEREVALU YENQUE
SECRETARIA

f24

DR. FRANCISCO ZEDANO CARBAJAL
VOCAL

DEDICATORIA

"Este trabajo en primer lugar se lo quiero dedicar a Dios, que durante todo este tiempo me estuvo acompañando, iluminando y guiándome para llegar a mi meta, a mis padres y hermana que con su amor incondicional me apoyaron en todo momento, en mis momentos de fortaleza y de debilidad, siempre estuvieron para incentivar me a seguir adelante .

A los jurados de la tesis que con su dedicación, paciencia, esmero y profesionalismo me dirigieron durante todo este proceso académico"

AGRADECIMIENTOS

Primeramente agradecer a Dios y a mis padres que con esfuerzo lograron que yo cumpliera mis sueños, y no rendirme que en esos cinco años mi meta, cada vez alentándome a pesar de las dificultades y saber resolver mis problemas y seguir con mi sueño. Gracias por cada día tener vida, y poder amar mi profesión “obstetricia” que es profesional capacitado que cuida a la mujer en su edad reproductiva en sexualidad, gestación, parto y puerperio, velando por la integridad de la mujer y un futuro producto binomio.

Agradezco a la UNIVERSIDAD NACIONAL DE PIURA por haberme aceptado ser parte de ella y abierto las puertas de su seno científico para poder estudiar mi carrera, así como también a los diferentes docentes que brindaron sus conocimientos y su apoyo para seguir adelante día a día.

Agradezco a mi asesor de tesis la Mg. Sonia Yolanda Flores Jaramillo por haberme brindado la oportunidad de recurrir a su capacidad y conocimiento científico así como también haberme tenido toda la paciencia para guiarme durante todo el desarrollo de la tesis.

Mi agradecimiento también va al Dr. Carlos Rojas Bardales (Director del hospital de Sullana) por haber aceptado que realice mi Tesis en su nosocomio.

Y al finalizar también agradezco a mi hermana que muchas veces fue mi motivo para seguir y ser un buen ejemplo para ella en su futuro, a la vez ayudarla a seguir sus sueños enseñándole que todo lo que uno se propone con esfuerzo se logra.

Contenido

DEDICATORIA	7
AGRADECIMIENTOS	8
ÍNDICE DE TABLAS	10
RESUMEN	13
ABSTRACT.....	14
INTRODUCCIÓN	15
CAPÍTULO I. ASPECTOS DE LA PROBLEMÁTICA.....	17
1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA.....	17
CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO.....	19
2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	19
2.2 BASES TEÓRICAS	21
2.2.1 CARDIOTOCOGRAFÍA	21
2.2.2. HIPERTENSIÓN INDUCIDA EN EL EMBARAZO	31
2.3. GLOSARIO DE TÉRMINOS:	35
2.4 HIPÓTESIS:.....	36
2.5 DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	37
CAPÍTULO III. MARCO METODOLOGICO	41
3.1 ENFOQUE	41
3.2 DISEÑO	41
3.3 NIVEL.....	41
3.4 TIPO.....	¡Error! Marcador no definido.
3.5 SUJETOS DE LA INVESTIGACIÓN	42
3.7 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	44
3.8 ASPECTOS ÉTICOS	44
CAPÍTULO IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	45
4.1. RESULTADOS.....	45
4.2. DISCUSIÓN	61
CONCLUSIONES	64
RECOMENDACIONES	66
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	67
ANEXOS	71

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N°01.....	42
<i>Gestantes con y sin preeclampsia atendidas en el Hospital II-2 Sullana, Enero – Febrero, 2018.</i>	
Tabla N°02.....	43
<i>Características sociodemográficas de las gestantes atendidas en el Hospital II-2 Sullana, Enero – Febrero, 2018.</i>	
Tabla N° 03.....	46
<i>Tabla de contingencia edad *Casos</i>	
Tabla N°04.....	47
<i>Tabla de contingencia Grado de instrucción * Casos</i>	
Tabla N°05.....	48
<i>Tabla de contingencia Estado civil * Casos</i>	
Tabla N°06.....	49
<i>Tabla de contingencia Ocupación * Casos</i>	
Tabla N°07.....	50
<i>Tabla de contingencia Procedencia * Casos</i>	
Tabla N°08.....	51
<i>Tabla de contingencia Servicio de procedencia * Casos</i>	
Tabla N°09.....	52
<i>Características obstétricas en gestantes atendidas en el Hospital II-2 Sullana, Enero – Febrero, 2018.</i>	
Tabla N°10.....	53
<i>Tabla de contingencia Edad gestacional * Casos</i>	
Tabla N°11.....	54
<i>Tabla de contingencia Controles * Casos</i>	
Tabla N°12.....	55
<i>Tabla de contingencia antecedentes obstétricos (G) * Casos</i>	
Tabla N°13.....	56
<i>Conclusiones del test no estresante en gestantes atendidas en el Hospital II-2 Sullana, Enero – Febrero, 2018.</i>	
Tabla N°14.....	57
<i>Tabla de contingencia Conclusión del Test no estresante * Casos</i>	

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N°01.....	42
<i>Gestantes con y sin preeclampsia atendidas en el Hospital II-2 Sullana, Enero – Febrero, 2018</i>	
Gráfico N°02.....	46
<i>Asociación de la edad con los casos de gestantes con y sin preeclampsia atendidas en el Hospital II-2 Sullana, Enero – Febrero, 2018</i>	
Gráfico N°03.....	47
<i>Asociación del grado de instrucción con los casos de gestantes con y sin preeclampsia atendidas en el Hospital II-2 Sullana, Enero – Febrero, 2018</i>	
Gráfico N°04.....	48
<i>Asociación del estado civil con los casos de gestantes con y sin preeclampsia atendidas en el Hospital II-2 Sullana, Enero – Febrero, 2018</i>	
Gráfico N°05.....	49
<i>Asociación de la ocupación con los casos de gestantes con y sin preeclampsia atendidas en el Hospital II-2 Sullana, Enero – Febrero, 2018</i>	
Gráfico N°06.....	50
<i>Asociación de la procedencia con los casos de gestantes con y sin preeclampsia atendidas en el Hospital II-2 Sullana, Enero – Febrero, 2018</i>	
Gráfico N°07.....	51
<i>Asociación del servicio de procedencia con los casos de gestantes con y sin preeclampsia atendidas en el Hospital II-2 Sullana, Enero – Febrero, 2018</i>	
Gráfico N°08.....	53
<i>Asociación de la edad gestacional con los casos de gestantes con y sin preeclampsia atendidas en el Hospital II-2 Sullana, Enero – Febrero, 2018</i>	

Gráfico N°09.....	54
--------------------------	-----------

Asociación de los controles obstétricos con los casos de gestantes con y sin preeclampsia atendidas en el Hospital II-2 Sullana, Enero – Febrero, 2018

Gráfico N°10.....	55
--------------------------	-----------

Asociación de los antecedentes obstétricos con los casos de gestantes con y sin preeclampsia atendidas en el Hospital II-2 Sullana, Enero – Febrero, 2018

Gráfico N°11.....	56
--------------------------	-----------

Conclusiones del test no estresante en gestantes atendidas en el Hospital II-2 Sullana, Enero – Febrero, 2018

Grafico N°12.....	57
--------------------------	-----------

Asociación de la Conclusión del Test no estresante y los casos de gestantes con y sin preeclampsia atendidas en el Hospital II-2 Sullana, Enero – Febrero, 2018

RESUMEN

Objetivo. Analizar la valoración de los resultados del test no estresante aplicados en pacientes gestantes con y sin preeclampsia atendidas en el Hospital II-2 Sullana, Enero- Febrero, 2018.

Método. El presente trabajo de investigación es observacional, retrospectivo, de corte transversal, de tipo y nivel descriptivo y diseño no experimental. La población fue de 187 gestantes con y sin preeclampsia del Hospital de Apoyo II-2 Sullana.

Resultados. La población de estudio estuvo comprendida con 64.7% gestantes sin preeclampsia y un 35.3% gestantes con preeclampsia. Las características sociodemográficas de gestantes de control y estudio, se concluye que la edad estuvo comprendida entre 20-34 años (70.1%), la mayoría tenía estudios secundarios y procedían de la provincia de Sullana (46%), además el 46% del test no estresante realizados eran del servicio de maternidad del Hospital II-2. Las características obstétricas fueron: edad gestacional entre 37 a 42 semanas (63.1%), la mayoría fueron Multigesta (41.7%). Más de la mitad de pacientes presento 6 a más controles prenatales (67.4%). En cuanto a los resultados se pudo medir que el 85% (159) de gestantes tienen como resultado “REACTIVO” del test no estresante, que se distingue en un 64.2% (120) gestantes sin preeclampsia y 20.9% (39) gestantes con preeclampsia, y obtuvieron como resultado “NO REACTIVO” del test no estresante son el 15% (28) dividiendo gestantes con preeclampsia con un 14.4% (27) y 0.5% (1) gestantes sin preeclampsia.

Conclusiones. Se encontró que mayor prevalencia es de 64.2% son gestantes sin preeclampsia con resultado “reactivo” concluyendo que los resultados de los hallazgos cardiotocográfico son favorables para el feto y el mayor prevalencia con resultado “no reactivo” es de 14.4% donde la mayoría se relaciona significativamente con el diagnóstico de gestantes con preeclampsia concluyendo que los resultados de los hallazgos cardiotocográficos son desfavorables para el feto.

Palabras claves: Test no estresante, Preeclampsia, Gestante.

ABSTRACT

Objective. To analyze the assessment of the results of the non-stressful test applied in pregnant patients with and without preeclampsia treated in the Hospital II-2 Sullana, January-February, 2018. **Method.** The present research work is observational, retrospective, cross-section, type and descriptive level and non-experimental design. The population was 187 pregnant women with and without preeclampsia of the Hospital of Support II-2 Sullana. **Results.** The study population was comprised of 64.7% pregnant women without preeclampsia and 35.3% pregnant women with preeclampsia. The sociodemographic characteristics of pregnant women of control and study, it is concluded that the age was comprised between 20-34 years (70.1%), most had secondary studies and came from the province of Sullana (46%), in addition 46% of the test The non-stressing tasks performed were from the maternity service of Hospital II-2. The obstetric characteristics were: gestational age between 37 to 42 weeks (63.1%), the majority were Multigesta (41.7%). More than half of the patients had 6 or more prenatal controls (67.4%). Regarding the results, it was possible to measure that 85% (159) of pregnant women result in "REAGENT" of the non-stressful test, which is distinguished in 64.2% (120) pregnant women without preeclampsia and 20.9% (39) pregnant women with preeclampsia, and obtained as a result "non-reactive" non-stressful test are 15% (28) dividing pregnant women with preeclampsia with 14.4% (27) and 0.5% (1) pregnant women without preeclampsia. **Conclusions.** It was found that the highest prevalence is of 64.2% of pregnant women without preeclampsia with a "reactive" result, concluding that the results of the cardiotocographic findings are favorable for the fetus and the highest prevalence with "non-reactive" result is 14.4%, where the majority is related significantly with the diagnosis of pregnant women with preeclampsia concluding that the results of the cardiotocographic findings are unfavorable for the fetus.

Key words: Non-stressful test, Preeclampsia, Gestant.

INTRODUCCIÓN

La vigilancia fetal anteparto es un método en el cual se puede evaluar los latidos cardiacos fetales, en lo que consta su variabilidad, línea de base, con aceleraciones o desaceleraciones, correlacionándolos con estímulos como: movimientos fetales, contracciones uterinas y estímulos externos. El objetivo principal del monitoreo fetal es identificar a los fetos con riesgo de presentar distres. Por ello sus indicaciones pueden ser utilizadas en gestaciones normales y en gestaciones con riesgo.

En el Perú la preeclampsia es una enfermedad del embarazo que afecta a la madre y al feto, por lo cual es la segunda causa de muerte materna en el Perú con un 32%. Su índice en la población hospitalaria oscila entre 10 a 15%. En donde la utilización del monitoreo fetal debe ser mayor en gestantes a partir del tercer trimestre y más aún en gestantes con preeclampsia.

Tuvo como objetivo general analizar la valoración de los resultados del test no estresante en gestantes con y sin preeclampsia atendidas en el Hospital de Apoyo II-2 Sullana, Enero- Febrero 2018; y como objetivos específicos determinar las características sociodemográficas y obstétricas en gestantes con y sin preeclampsia atendidas en el Hospital de Apoyo II-2 Sullana, Enero-Febrero 2018. Así mismo Distinguir las conclusiones del test no estresante en gestantes con y sin preeclampsia atendidas en el Hospital de Apoyo II-2 Sullana, Enero- Febrero 2018.

Se realizó esta investigación debido que en el Hospital de Apoyo II-2 Sullana se ha observado como parte integral de la atención de la gestante realizar pruebas de bienestar fetal, con el propósito de identificar tempranamente compromiso fetal para una intervención oportuna, ya sea en gestaciones con preeclampsia y sin preeclampsia.

El estudio de la investigación fue observacional, retrospectivo, de corte transversal, de tipo y nivel descriptivo y diseño No experimental, porque se trabajó sobre realidades fundamentalmente de historias clínicas en una muestra de 187 gestantes con y sin preeclampsia.

La variable del estudio fue: Resultados del test no estresante en gestantes con y sin preeclampsia.

De este modo la tesis está compuesta por 4 capítulos

CAPITULO I: Aspectos de la problemática que contiene planteamiento del problema, formulación del problema, justificaciones e importancia de la investigaciones y objetivos.

CAPITULO II: Comprende el marco teórico, en donde se habla de antecedentes de la investigación, bases teóricas del test no estresante y preeclampsia en gestantes, hipótesis y glosario de términos.

CAPITULO III: Informa el marco metodológico; enfoque y diseño, métodos y procedimientos de la investigación, instrumentos del estudio y aspectos éticos.

CAPITULO IV: Detalla los resultados, en estadística descriptiva y discusión. A partir de ello se obtiene las conclusiones y se plantea las recomendaciones.

Se pone a consideración la presente tesis esperando que sea de aporte para el campo de estudios académicos y para el personal de salud de obstetricia.

CAPÍTULO I. ASPECTOS DE LA PROBLEMÁTICA

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

La vigilancia del bienestar fetal antes del parto es una valoración fetal sistémica, que se realiza con la finalidad de identificar a los fetos con riesgo de presentar distrés, de modo que se puedan establecer las medidas apropiadas que prevengan un daño irreversible o la muerte fetal (1); identificando sufrimiento fetal en el momento que todavía es reversible pero sin embargo hay diversos factores que influyen en el desarrollo y la gravedad del daño tisular por la anoxia. (2)

Anualmente a nivel mundial se producen 3.9 millones de muertes fetales y alrededor de uno a dos millones de muertes fetales quedan sin cuantificar, especialmente en países con deficiente asistencia sanitaria. El 97% de las muertes fetales ocurren en países de medio y bajo nivel socioeconómico, siendo su prevalencia del 3% en comparación con cifras inferiores al 1% en países desarrollados (3).

En el Perú, se estima que anualmente ocurren 11760 defunciones en menores de cinco años, de los cuales 9560 se producen en menores de un año. De estas muertes el 52% corresponden a muertes in útero, siendo una de las principales causas la “asfixia” (23%), el síndrome de distrés respiratorio (10%), las infecciones (14%) y las malformaciones congénitas (9%) (4)

Por ello, las indicaciones de las pruebas de bienestar fetal deben ser consideradas y ser utilizadas en gestaciones normales y en gestaciones con riesgo, más aun si existe posibilidad de pérdida fetal anteparto. Si bien es cierto, la mayoría de estas valoraciones se sitúa en torno a las 32-34 semanas. (1)

En el Perú, la preeclampsia es la segunda causa de muerte materna representada por el 17 a 21% de muertes, en cambio en los hospitales de Es salud del país y en Lima Ciudad es la primera causa de muerte materna, relacionándose con el 17 a 25% de las muertes

perinatales y es la principal causa de retardo de crecimiento intrauterino, prematuridad, desprendimiento prematuro de placenta, síndrome de Hellp, etc. (5)

La incidencia de la enfermedad hipertensiva del embarazo es mayor en la costa que en la sierra, pero la mortalidad materna por esta causa es mayor en la sierra; por ende la utilización del monitoreo fetal es en su 98% para todas las gestantes a partir del tercer trimestre y en gestantes que den indicios de una hipertensión no parecen existir diferencias mayores entre las características de esta enfermedad en las regiones.(7)

La preeclampsia es un trastorno hipertensivo inducido por el embarazo que se manifiesta clínicamente después de las 20 semanas y que constituye un problema de salud pública al repercutir significativamente en las tasas de morbilidad y mortalidad materna perinatal. En esta se presenta fundamentalmente hipertensión y proteinuria, así como edema. A nivel mundial, su incidencia es de 2-10% en los embarazos y constituye la tercera causa de mortalidad materna con un 12%. (1)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que la incidencia de preeclampsia es siete veces mayor en los países en desarrollo que en los desarrollados (2,8% y 0,4% de los nacidos vivos respectivamente), mientras que en los países africanos como Sudáfrica, Egipto, Tanzania y Etiopía varía de 1,8% a 7,1% y en Nigeria, la prevalencia oscila entre 2% a 16,7%.(1) Por otro lado, en América Latina y el Caribe, los trastornos hipertensivos representan la causa del 25.7% de muertes maternas. (2)

Las causas de la preeclampsia son desconocidas, pero existen factores de riesgo como hipertensión preexistente, diabetes mellitus, problemas del riñón, edad materna mayor de 40 años, obesidad, entre otros, no obstante la morbilidad hospitalaria por preeclampsia aún sigue aumentando, por lo que esta patología requiere de una especial atención, pues al no ser diagnosticada a tiempo puede generar complicaciones como eclampsia que ponen en peligro al binomio madre-niño. (4)

El monitoreo ante-parto es el método más utilizado para la vigilancia de bienestar fetal y se centra en dos pruebas: el test no estresante (NST), motivo del presente estudio de investigación.

Se ha observado que los registros cardiotocográficos de esta prueba (NST) se han relacionado a determinados resultados perinatales como el Apgar, el líquido amniótico, la presencia de circular de cordón, etc. Sin embargo, los datos disponibles sugieren que cuando se utiliza la cardiotocografía, sea para en NST o CST, según los resultados no son definitivos ya que es una prueba de ayuda al diagnóstico y puede llevar a que se utilice intervenciones innecesarias o inadecuadas. (2)

Aunque hay un acuerdo general en que se deben controlar de forma exhaustiva los fetos de las gestantes con preeclampsia, no hay acuerdo ni en cuáles son las pruebas más adecuadas ni con qué frecuencia hay que realizarlas. (6)

CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1 ANTECEDENTES INTERNACIONALES

- Romero en el año 2001 en México efectuó un trabajo titulado “Utilidad de la prueba sin estrés (NST) en la preeclampsia”, observando la sensibilidad del NST fue baja, tanto para la preeclampsia leve (39%), como para la severa (63%). El valor predictivo positivo fue igualmente bajo (66 y 45 %, respectivamente) en ambos grupos. La especificidad y el valor predictivo negativo fueron altos para el grupo de preeclampsia leve (89 y 73 %) y severa (64 y 78 %), respectivamente. (8)
- En Bulgaria, Ivanov y cols., en el año 2003 llevaron a cabo una investigación titulada “Monitoreo cardiotocográfico (prueba no estrés) en los embarazos, complicado por la preeclampsia”, donde observaron que al ingreso en el 82,80% (n=427) de las pacientes con

preeclampsia, las lecturas de test estresante se encontraron normal y en el 17,20% (n=89) se encontraron los registros de NST patológica. (9)

- En México, Romero y cols. En el año 2010 publicaron un trabajo titulado “La frecuencia cardiaca fetal en pacientes con diagnóstico de preeclampsia leve y grave”, en el que hallaron que en el grupo preeclampsia leve, la frecuencia cardiaca fetal fue de 135.5 lpm y en el grupo preeclampsia grave fue de 137.7 lpm. (10)

2.1.2 ANTECEDENTES NACIONALES

- En nuestro país (Lima-Perú), Ruiz en el año 2014 efectuó un trabajo titulado “Hallazgos de monitoreo electrónico fetal en pacientes con preeclampsia. Instituto nacional materno perinatal. Enero a diciembre 2012” donde observó que los resultados cardiotocográficos del test estresante en las gestantes con preeclampsia fueron en el 100% con una línea de base normal, una variabilidad mínima (≤ 5) en 58.9%, presencia de aceleraciones en el 79.5%, ausencia de desaceleraciones en el 83.6%, presencia de contracciones regulares en el 90.4% y la conclusión que se obtuvo en el 73.3% fue reactivos. (11)
- Así mismo, en Huancavelica, agosto del 2017, Clemente Huaman y Espinoza Daniel L. en su tesis “Hallazgos cardiotocográficos en gestantes con preeclampsia en el Hospital Regional Zacarias Correa Valdivia-Huancavelica 2016”. Se determinó que el 71,43 % (25) son gestantes atendidas con preeclampsia leve y el 28,6% (10) son gestantes con preeclampsia severa, como se pudo observar la mayor cantidad de gestantes son con preeclampsia leve. Se identificó que el 70% (25) de gestantes que presentaban preeclampsia leve los hallazgos cardiotocográficos son favorables para el feto porque dentro de sus características de la cardiotocografía se encuentra que la línea de base es un 70%, la variabilidad en el 60%, la aceleración en el 34%, los movimientos en el 40% y las desaceleraciones en el 60 %. Se encontró que el 29 % (10) fueron gestantes con preeclampsia severa y los hallazgos cardiotocográficos fueron desfavorables en un 2 %

para el feto porque dentro de sus características de la cardiotocografía se encuentra que en la línea de base el 4% (bradicardia), la variabilidad en el 11%, la aceleración en el 9% (>5), en el 6% (sin movimiento) y las desaceleraciones en el 4 % (DIP II/III). Concluyendo que los hallazgos cardiotocográficos en las 25 gestantes con preeclampsia leve fueron favorables para el feto y los hallazgos cardiotocográficos en las 10 (100%) gestantes con preeclampsia severa se determinó que 8 (80%) de las gestantes tuvieron hallazgos cardiotocográficos favorables y solo 2 (20%) de las gestantes tuvieron hallazgos cardiotocográficos desfavorables para el feto (12)

- Por lo cual en Junín 2016, obsta. Coaquira Ticahuanca Vilma Lourdes. En su tesis “Hallazgos Cardiotocográficos en gestantes con trastornos hipertensivos del embarazo en el Hospital Manuel Ángel Higa Arakaki Satipo – Junín 2015”. Se determinó Más de la mitad 65.7% presentaron preeclampsia, seguido por hipertensión inducida por el embarazo 22.4%, 7.5% hipertensión crónica, continuado por eclampsia 2.9%. Según los test no estresantes se encontró que la mayoría 81.5% presentó disminución de aceleraciones durante la prueba, seguido 50% variabilidad disminuida, 77.8% presentó puntuación con frecuencia (8 – 10), resultado reactivo y 22.2% presentaron puntuación (5 – 7) que corresponde a un resultado sospechoso donde puede haber un compromiso fetal. (37)

2.2 BASES TEÓRICAS

2.2.1 CARDIOTOCOGRAMA

El monitoreo electrónico fetal se introdujo masivamente en la práctica clínica como método seguro y eficaz de evaluación del estado de la salud fetal en la gestación, identificando si existe o no compromiso fetal mediante el registro simultaneo de la frecuencia cardiaca fetal y las contracciones uterinas de la madre.

Este tipo de test se encarga de la vigilancia del feto, por lo que debe ser una de las conductas a seguir de forma frecuente, más aun en gestantes consideradas de alto riesgo obstétrico, como las que presentan preeclampsia, por una posible amenaza o daño fetal. (13)

Con la ayuda del monitoreo, algunos estudios han evaluado los resultados cardiotocográficos en pacientes con trastornos hipertensivos del embarazo, uno de ellos la preeclampsia, con la finalidad de observar las principales características de los parámetros contemplados para su lectura como la línea de base, la variabilidad, las aceleraciones, las desaceleraciones, etc.

El monitoreo electrónico fetal es una de las técnicas que está basada en los cambios de la frecuencia cardíaca fetal en relación a las alteraciones en la capacidad reguladora del sistema nervioso autónomo y/o a la depresión miocárdica directa, que son provocadas por la hipoxia y la acidosis fetal. (14)

Para una adecuada interpretación de esta técnica se requiere tener en cuenta determinados criterios que permitan describir y estudiar la frecuencia cardíaca fetal. Entre las diferentes fuentes que son utilizadas en la actualidad destacan la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO 1987), el Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología (ACOG 2005), el National Institute of Child Health and Human Development (NICHD 2006), etc. los cuales han identificado cuatro criterios principales que evalúan el bienestar fetal como: la frecuencia cardíaca fetal basal, la variabilidad, las aceleraciones y las desaceleraciones (15) (16)

Experimentalmente se ha comprobado que la hipoxia produce modificaciones en la frecuencia cardíaca fetal, siendo los principales patrones que evalúan la frecuencia cardíaca fetal, la línea de base de la frecuencia cardíaca fetal, variabilidad de la frecuencia cardíaca fetal, movimientos fetales, aceleración, desaceleración, número de desaceleraciones, contracciones uterinas.

Puesto que la cardiotocografía registra simultáneamente la frecuencia cardíaca del bebé, sus movimientos y las contracciones uterinas, los resultados se muestran en dos o tres curvas diferentes y se imprime en papel cuadriculado. El análisis de las curvas que aparecen en el papel es lo que el médico va a usar para extraer conclusiones sobre el bienestar del bebé, el transcurso del embarazo y la oxigenación del bebé, este análisis es simple y sin dolor, con el registro de los latidos del corazón del bebé el médico puede tomar medidas de seguridad ante cualquier problema y con la muestra que se imprime en la cardiotocografía, se puede ver la frecuencia cardíaca, la regularidad de los latidos del corazón y si hay diferencias en el ritmo cardíaco. También el rango de amplitud da información acerca de cómo está el pequeño. (17)

CARACTERÍSTICAS DE LA CARDIOTOCOGRÁFIA

A) LA LÍNEA DE BASE DE LA FRECUENCIA CARDIACA FETAL (FCF)

Está determinada la media de la FCF cuando esta es estable, durante una ventana de 10 minutos, excluyendo las aceleraciones, deceleraciones y los períodos de variabilidad marcada (>25 latidos por minuto (lpm)). Debe haber segmentos de línea de base identificable de, al menos, 2 minutos (no necesariamente contiguos) en una ventana de 10 minutos; en caso contrario la línea de base para dicho período es indeterminada. En tales casos puede ser necesario valorar los 10 minutos previos del trazado para determinar la línea de base. Sus valores normales oscilan entre 120 y 160 latidos/ minuto, aunque algunos autores los sitúan entre 120 y 150 latidos/minuto durante el trabajo de parto, considerándose que existe una bradicardia o una taquicardia si la frecuencia cardiaca fetal es inferior o superior a este rango de normalidad. (18)

El National Institute of Child Health and Human Development (NICHD), considera (18)

- | |
|---|
| - Línea de base puede ser normal, cuando se halla entre 110-160 lpm |
| - Bradicardia, cuando la línea de base de la frecuencia cardiaca fetal es menor a 110 lpm |

- Taquicardia, cuando la línea de base de la frecuencia cardíaca fetal es mayor de 160 lpm.

Fuente: Guía de monitorización electrónica fetal intraparto

Según el Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia (ACOG), los valores normales de la línea basal de la frecuencia cardíaca fetal se encuentran entre 110-160 latidos por minuto. (15)

B) LA VARIABILIDAD DE LA FRECUENCIA CARDIACA FETAL

Se define como las fluctuaciones en la frecuencia cardíaca fetal de la línea de base que son irregulares en amplitud y frecuencia. La variabilidad de la frecuencia cardíaca fetal en la línea de base se determina en una ventana de 10 minutos, excluyendo aceleraciones y deceleraciones.

Hoy no se establece distinción entre variabilidad a corto plazo (variabilidad latido a latido) y variabilidad a largo plazo (fluctuación durante un segmento de un minuto). Se cuantifica visualmente como la amplitud desde el pico al fondo en latidos por minuto.

Según el National Institute of Child Health and Human Development (NICHD) y el Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia (ACOG), la variabilidad se clasifica en: (15) (18)

- Ausente (Cuando la amplitud es indetectable)
- Mínima (Cuando la amplitud es ≤ 5 lpm)
- Moderada (Cuando la amplitud se encuentra entre 6 a 25 lpm)
- Marcada (Cuando la amplitud es mayor a 25 lpm).

C) LA ACELERACIÓN

Es un aumento de la línea de base de la frecuencia cardíaca fetal, en forma transitoria, asociado a múltiples causas que indican reactividad fetal. (18)(20)

El Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia (ACOG) define a la aceleración como un inicio de aumento en la frecuencia cardiaca fetal basal que alcanza el máximo en menos de 30 segundos.

Después de las 32 semanas de amenorrea, éste cambio dura 15 segundos o más (pero menos de 2 minutos) y su amplitud es igual o superior a 15 latidos por minuto; antes de las 32 semanas son admitidas una duración de 10 segundos y una amplitud de 10 latidos por minuto. Se clasifica en:

- Abrupta: cuando el tiempo desde el inicio de la aceleración hasta el pico es < 30 segundos.
- Prolongada: cuando dura entre 2 y 10 minutos; cualquier aceleración que dure más de 10 minutos constituye un cambio de la frecuencia cardiaca fetal basal. (15)

Se clasifican en 2 tipos de aceleraciones:

- **Aceleraciones Periódicas:** Es el aumento de la FCF en relación con las contracciones uterinas. Son cambios hemodinámicos debidos a compresión de la vena del cordón umbilical que lleva la sangre, el oxígeno y nutrientes al feto y por lo tanto, están indicando que el feto esta deficitario en estos elementos y de persistir la compresión del cordón, la salud del feto se verá deteriorada y que puede morir por hipoxia si hay trabajo de parto. (6)
- **Aceleraciones no Periódicas:** Indican que el feto es reactivo frente a estímulos como sus propios movimientos y que por lo tanto mantiene la integridad de su sistema nervioso central y de su sistema cardiovascular. (6)

D) MOVIMIENTOS FETALES

Es uno de los primeros signos de viabilidad fetal, aunque no es detectado por la gestante hasta las 18-22 semanas. En condiciones normales, a las 20 semanas de gestación ya han aparecido todos los movimientos fetales (movimientos de tronco, extremidades, movimientos respiratorios), alcanzando su máxima intensidad a partir de las 28 semanas.

Posteriormente, los períodos de menor percepción en la actividad fetal aumentan al aumentar la edad gestacional debido a una acentuación del ritmo circadiano, sin estar indicando un problema fetal, ya que tanto la fuerza como la duración de los movimientos aumentan al aumentar las semanas de gestación hasta las 40-41 semanas. Los movimientos pueden ser únicos o múltiples.

- En Espiga son debido a M.F de miembros fetales
- Tipo Cordillera: son debido a movimientos múltiples del feto.
- En Salva: Movimientos múltiples del ahogado

Existe una gran variabilidad en las definiciones de reducción de los movimientos fetales, siendo las más razonables y aceptadas: (6)

- Menos de 3 movimientos por hora durante 2 horas consecutivas.
- Menos de 10 movimientos fetales en 2 horas. Posiblemente se trata de la mejor definición cuantitativa disponible.

E) LAS DESACELERACIONES

Son episodios transitorios de disminución de la frecuencia cardíaca por debajo de la línea de base. (20)

En función de su morfología y relación con la contracción, la National Institute of Child Health and Human Development (NICHD) y el Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia (ACOG) las clasifica en: precoces, tardías, variables y prolongadas.(6) (15)

- Desaceleración precoz o DIP I: Son caídas transitorias de la Frecuencia Cardíaca Fetal y de baja amplitud que coinciden con el acmé de la contracción uterina. Se caracteriza por: Disminución gradual y recuperación de la frecuencia cardíaca fetal, generalmente simétrica, asociada a contracción uterina.

- La disminución gradual de la frecuencia cardiaca fetal se define como aquella que tarda ≥ 30 segundos desde el comienzo hasta el nadir.
- La disminución de la frecuencia cardiaca fetal se cuantifica desde el comienzo al nadir de la deceleración.
- El nadir de la deceleración tiene lugar al mismo tiempo que el acmé de la contracción. En la mayoría de casos el comienzo, nadir y recuperación de la deceleración coinciden con el comienzo, acmé, y fin de la contracción, respectivamente.
- Desaceleración Tardía o DIP II: Corresponde a aquellas caídas de la frecuencia cardiaca fetal que se inician después del acmé de la contracción. Se caracteriza por: disminución gradual y recuperación de la frecuencia cardiaca fetal, generalmente simétrica, asociada con contracción.
- La disminución gradual de la FCF se define como aquella que tarda ≥ 30 segundos desde el comienzo hasta el nadir.
- La disminución de la FCF se cuantifica desde el comienzo al nadir de la deceleración.
- La desaceleración se halla retrasada en el tiempo respecto a la contracción, ocurriendo el nadir después del acmé de la contracción.
- En la mayoría de casos, el comienzo, nadir, y recuperación de la desaceleración ocurren después del comienzo, acmé, y fin de la contracción, respectivamente.
- Desaceleración Variable o DIP III: Son un descenso intermitente, con una configuración diferente entre cada una de las desaceleraciones, con un comienzo y finalización rápidos. Se caracterizan por: Disminución brusca de la frecuencia cardiaca fetal.
- Se llama disminución brusca de la frecuencia cardiaca fetal cuando transcurren < 30 segundos desde el comienzo de la desaceleración al inicio del nadir de la desaceleración.

- La disminución de la frecuencia cardíaca fetal se cuantifica desde el comienzo al nadir de la desaceleración.
- La disminución de la frecuencia cardíaca fetal es ≥ 15 lpm, dura ≥ 15 segundos y < 2 minutos. Cuando las desaceleraciones variables se asocian con contracciones, su comienzo, amplitud y duración habitualmente varían con las sucesivas contracciones.
- Desaceleración prolongada: Disminución de la frecuencia cardíaca fetal a partir de la línea de base de ≥ 15 lpm, con una duración ≥ 2 minutos, pero < 10 minutos. Patrón sinusoidal. Es un patrón muy poco frecuente que se define como una línea de base de la frecuencia cardíaca fetal en forma de ondas, lisa, con 3-5 ondas por minuto y que persiste ≥ 20 minutos.

No obstante, el Fisher Modificado, es el único que contempla otro patrón evaluado en la cardiotocografía como los movimientos fetales, los cuales valoran en forma indirecta la función e integridad del sistema nervioso central y pueden ser percibidos por la madre, visualizados por ecografía o registrados por un tocodinatómetro; sin embargo, algunas causas que pueden originar disminución de los movimientos fetales: (20)

TABLA N°01: CAUSAS QUE ORIGINAN DISMINUCION DE LOS MOVIMIENTOS FETALES

- | |
|---|
| - Retardo de crecimiento intrauterino |
| - Anemia severa |
| - Oligohidramnios |
| - Prolapso de cordón |
| - Anomalías del sistema nervioso central |
| - Disfunción muscular |
| - Malformaciones congénitas |
| - Drogas sedantes |

Fuente:

MONITOREO FETAL

http://www.maternidadrafaelcalvo.gov.co/protocolos/MONITOREO_FETAL

TÉCNICAS PARA LA CARDITOCOGRAFIA

• TEST NO ESTRESANTE (NST)

El test no estresante es una prueba no invasiva fácil de realizar e interpretar y se basa en establecer la presencia de aceleraciones de la frecuencia cardiaca fetal asociada a movimientos fetales, esta prueba se recomienda en embarazos mayores a 28 semanas de gestación. (20) (21)

Las variables que evalúa el test no estresante son: movimientos fetales, línea de base de la frecuencia cardiaca fetal (FCF), variabilidad de la FCF, presencia o ausencia de aceleraciones y presencia o ausencia de desaceleraciones. (6) (23)

Según Fisher; menciona que el patrón calificativo de los parámetros debe ser de la siguiente manera:

TEST DE FISHER MODIFICADO

PARÁMETROS OBSERVADOS	PUNTUACIÓN		
	0	1	2
LÍNEA DE BASE	<100 o >180	100 a 119 o 161 a 180	120 a 160
VARIABILIDAD	<5	5 - 9 o >25	10 - 25
ACELERACIONES	0	1 - 4	>5
MOVIMIENTOS FETALES	0	1 - 4	>5
DESACELERACIONES	DIP II >60% DIP III >60%	DIP II < 40% DIP III < 40%	AUSENTES

VALORES DE PUNTUACIÓN

PUNTUACIÓN	ESTADO FETAL	PRONOSTICO
8 – 10	FISIOLOGICO	FAVORABLE
5 – 7	DUDOSO	REEVALUACION
<4	SEVERA	DESFAVORABLE

A) INDICACIONES DEL NST

En las gestaciones se recomienda que el test basal se realice, de forma opcional, a partir de las 40 semanas de gestación ya que no se ha podido demostrar claramente su utilidad, tanto en relación al coste/beneficio como en relación con su eficacia clínica. En este sentido, en los embarazos de bajo riesgo se ha descrito una tasa de registros “no reactivos” del 6-11%. Si tenemos en cuenta el inconveniente de los falsos positivos que genera el test basal, estas cifras no parecen justificar su empleo sistemático en los embarazos de bajo riesgo (6).

B) CONTRAINDICACIONES

Prematuridad Extrema, Anhidramnios, Bradicardia Fetal, Hipoxia Fetal, Gestante fumadora, Gestante sometida a tratamiento farmacológico sedante, embarazo múltiple, presentaciones anómalas.

C) TÉCNICA

Previo ingesta de alimentos, se colocará a la paciente de preferencia en decúbito lateral izquierdo (evitando el decúbito supino). La duración del registro deberá ser de 20- 30 minutos y en caso de que no se observe reactividad fetal se continuará el registro otros 15-

20 minutos tras estimular al feto (estimulación vibro acústica, movilización del feto). Por máximo 2 a 3 veces, también se puede extender el trazo desde 30 a 120 minutos. (6)

D) INTERPRETACIÓN

- Reactivo: Se define por la presencia de al menos dos o más aceleraciones transitorias de la frecuencia cardiaca fetal en el plazo de 20 minutos con amplitud mayor de 15 latidos/minuto y con una duración de al menos 15 segundos, asociadas o no a movimientos fetales.
- No Reactivo: Ausencia de aceleraciones transitorias o presencia de las mismas con duración o amplitud inadecuada.
- Dudoso: La nitidez del registro no permite calificar la prueba, caso que debe prolongarse el tiempo del mismo.

2.2.2. HIPERTENSIÓN INDUCIDA EN EL EMBARAZO

PREECLAMPSIA

La preeclampsia es una enfermedad con origen aún desconocido y a la vez multifactorial, caracterizada por la asociación de hipertensión arterial y proteinuria lo cual se da posterior a las 20 semanas de gestación. Además también se puede acompañar o no de edema. (24) (25)

Esta patología materna tiene graves consecuencias sobre la salud de la madre y el bebé, para lo cual la única cura es mediante la culminación de la gestación, es decir con el parto. (24)

Respecto a la fisiopatología de la preeclampsia, han destacado más de una teoría al respecto, los cuales tratan de explicar el origen de la sintomatología, por lo que hoy en día se considera multifactorial. (26) A la luz de los conocimientos actuales el mecanismo fisiopatológico de la preeclampsia puede resumirse de forma esquemática en 5 puntos: (27)

1. Desarrollo anormal de la placenta (factor placentario)
2. Factores inmunológicos
3. Factores genéticos
4. Disfunción endotelial sistémica,
5. Inflamación/infección

El principal factor asociado al origen de la preeclampsia es la teoría de defecto en la implantación o placentación, es decir debido a una invasión anormal de las arteriolas espirales por el citotrofoblasto.

También se menciona asociada a alteraciones locales del tono vascular, del balance inmunológico y del estado inflamatorio. Además se describe una predisposición genética, lo cual se basa en la hipótesis, puesto que sería una enfermedad hereditaria asociada a un gen materno recesivo. (28)

Los factores de riesgo que se asocian a la preeclampsia son:

TABLA N°02: FACTORES ASOCIADOS A PRESENTAR PREECLAMPSIA
- La edad materna, especialmente aquellas menores de 18 o mayor de 35 años
- Las primigestas
- La desnutrición
- Pobreza
- Bajo nivel de instrucción
- Las Multígestas
- El embarazo molar
- Las mujeres diabéticas o con lupus eritematoso.

Existen otros factores que también se han asociado a la preeclampsia como la deficiencia de proteína S, la presencia de anticuerpos anticardiolipina, factores genéticos como la historia familiar de preeclampsia y la obesidad previa al embarazo. (26)

1. **Primigesta:** No está claro por qué el estado nulípara consistentemente se encuentra como un factor predisponente significativo para la preeclampsia. Una teoría es que el sistema inmune de las mujeres nulíparas ha tenido exposición limitada a los antígenos paternos, y esta falta de desensibilización puede desempeñar un papel en la patogénesis de la enfermedad. Los datos epidemiológicos apoyan esta teoría: Protección de la preeclampsia en embarazos posteriores se reduce o elimina si hay un cambio en la paternidad, las mujeres que usan métodos anticonceptivos de barrera están en mayor riesgo, y el riesgo se reduce con el aumento de la duración de la actividad sexual antes del embarazo.(39)
2. **Multígestas o Multíparas:** No está claro porque el estado de la múltipara se relaciona a la preeclampsia pero si una hipótesis sobre cambio de paternidad, ya que se reporta que el efecto protector de la multiparidad se pierde al cambiar de pareja y que éste se relaciona con hipertensión inducida por el embarazo. Asimismo el efecto del cambio de paternidad depende de la historia de preeclampsia con el compañero previo. Estudios establecen que debido a que las múltiparas con nuevos compañeros se presentan con un nuevo antígeno paterno, surge la hipótesis de que éstas tendrían el mismo riesgo de padecer preeclampsia que la nulípara.(40)

Clínicamente, la presión arterial se eleva a valores mayores o igual a 140/90 mmHg y proteinuria > 300mg /24 horas, todo ello después de las 20 semanas de gestación independiente de la presencia de edemas. (24)

La presentación clínica de la preeclampsia puede ser insidiosa o fulminante, algunas mujeres pueden encontrarse asintomáticas con presiones arteriales altas y proteinuria; o por el contrario presentan múltiples síntomas de preeclampsia severa o inminencia de eclampsia; por lo que el acercamiento inicial a la gestante independientemente de su motivo de consulta debe incluir: preguntas sobre potenciales factores de riesgo para preeclampsia (antes mencionados), se debe indagar sobre la historia obstétrica previa específicamente

sobre trastornos hipertensivos y /o preeclampsia en embarazos previos, pues 40% de las pacientes eclámpticas tienen historia previa de preeclampsia. (29)

Para establecer el diagnóstico de preeclampsia leve debe haber dos o más de los siguientes signos, a partir de las 20 semanas de gestación: (30) (36)

- Presión sistólica, mayor o igual a 140mmHg o una elevación de 30 mmHg sobre la presión habitual.
- Presión diastólica, mayor o igual a 90mmHg o elevación mayor igual a 15 mmHg sobre la presión habitual.
- Proteinuria mayor de 300mg en orina de 24 horas; índice Proteína/creatinina mayor o igual 0.3 mg/dl o 1+ en tira reactiva.

Mientras que el diagnóstico de preeclampsia severa se establece posterior a las 20 semanas de gestación, durante el parto o en el puerperio en el cual se presenta dos o más de los siguientes signos (30) (36):

- Presión sistólica mayor o igual a 160 mmHg y presión diastólica mayor o igual a 110 mmHg
- Proteinuria mayor de 5 g en orina de 24 horas o más de 3+ en tira reactiva
- Oliguria de menos de 500 en 24 horas
- Trombocitopenia $< 1000000/mclt$
- Insuficiencia renal o dolor abdominal. Creatinina mayor o igual a 1.1 mg/dl o 2 veces del valor normal.
- Falla hepática: transaminasas 2 veces del valor normal.
- Trastornos cerebrales o visuales
- Edema generalizado (pulmonar). (31) (32)

El manejo de la preeclampsia consiste en culminar la gestación, sin embargo ello va depender del estado materno fetal y las condiciones del canal de parto. (28)

Actualmente se ha contemplado que dentro del tratamiento de la preeclampsia se incluye a la monitorización cardiotocográfica fetal. A pesar de que en un estudio realizado en el año 2001, sobre la utilidad del NST en pacientes con preeclampsia, la sensibilidad y el valor predictivo no reactivo del NST para la predicción de la preeclampsia fueron bajos, mientras que la especificidad y el valor reactivo fueron altos, es un test que se aplica en varias instituciones de salud para estos casos (preeclampsia). (31)

Con el pasar de los años, diversas instancias han estado evaluando la aplicación del monitoreo electrónico fetal en gestantes, llegando a contradicciones entre el uso generalizado del monitoreo electrónico fetal (ACOG, 1989) y la limitación de su uso de rutina (USPSTF, 1989; CTFPHE 1994), por lo que esto justifica una nueva evaluación de esta práctica, en particular si se consideran las investigaciones más recientes. (33)

2.3. GLOSARIO DE TÉRMINOS:

- **Test No Estresante:** Es una prueba sencilla y no invasiva realizada en embarazos de más de 28 semanas de gestación. La prueba se llama “no estresante” porque no se coloca tensión sobre el feto durante la prueba. (19)
- **Preeclampsia:** Es un trastorno sistémico específico del embarazo que se caracteriza por el desarrollo de hipertensión arterial y proteinuria después de las 20 semanas de gestación. (34)
- **Gestante con preeclampsia:** Estado fisiológico de la mujer que se inicia con la fecundación que cursa un incremento de la presión arterial después de la semana 20.
- **Gestante sin preeclampsia:** Estado fisiológico de la mujer que se inicia con la fecundación que no cursa un incremento de la presión arterial.
- **Hallazgos cardiotocográficos:** Parámetros de evaluación tales como variabilidad, línea de base, aceleraciones, desaceleraciones, contracciones uterinas evaluados en la prueba del test no estresante.

- **Conclusiones cardiotocográficas:** Cadena final de la evaluación de los hallazgos, parámetros o registros cardiotocográficos en el test estresante (Conclusión negativo, dudoso, insatisfactorio). (35)
- **Edad Gestacional:** Es el período de tiempo comprendido entre la concepción y el nacimiento.
- **Gestante:** Estado fisiológico de la mujer que se inicia con la fecundación y termina con el parto.
- **Gestante controlada:** Gestante que ha cumplido seis a más atenciones prenatales y que ha recibido el paquete básico de atención.
- **Gestaciones:** Número total de embarazos que ha tenido un mujer.

2.4 HIPÓTESIS:

No aplicable por ser estudio descriptivo

2.5 DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	Definición Conceptual	Definición operacional	Tipo de Variable	Escala de medición	Indicador o unidad de medida
GESTANTE	Estado fisiológico de la mujer que se inicia con la fecundación y termina con el parto.	Dato obtenido del registro del paciente	Cualitativa	Nominal	- Gestante con preeclampsia - Gestante sin Preeclampsia
CONTROLES PRENATALES	Todas las acciones y procedimientos, sistemáticos o periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que pueden condicionar la morbilidad y mortalidad materna perinatal	Número de controles prenatales en el carnet perinatal	Cuantitativa	Razón	- <6 controles - >6controles
EDAD	Tiempo de vida en años cumplidos de la persona entrevistada	Número de años registrado en el carnet perinatal	Cuantitativa	Razón	- <15 años - 16-19 años - 20-34 años - >35 años

GRADO DE INSTRUCCIÓN	Es cada uno de los tramos en que se estructura el sistema educativo formal.	Grado de instrucción registrada en el carnet perinatal	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> - Sin instrucción - Primaria incompleta - Primaria completa - Secundaria incompleta - Secundaria completa - superior
ESTADO CIVIL	Situación en que se encuentra una persona física en relación a otra y con quien se crean lazos jurídicamente reconocidos.	Estado civil registrada en el carnet perinatal	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> - Soltera - Casada - Conviviente - Otros
OCUPACIÓN	Clase de actividad o trabajo que efectúa una persona durante un período determinado	Ocupación registrada en el carnet perinatal	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> 1) Estudiante 2) Ama de casa 3) Trabajo en el campo 4) Trabajo en oficina 5) Otros

PROCEDENC.	Es el lugar geográfico donde la persona, además de residir en forma permanente, desarrolla generalmente sus actividades familiares sociales y económicas	Procedencia registrada en el carnet perinatal	Cualitativa	Nominal	¿De qué distrito proviene? - Sullana - Bellavista - Ignacio Escudero - Lancones - Marcavelica - Miguel Checa - Querecotillo - Salitral
SERVICIO DE PRO-CEDENCIA	Lugar de donde la gestante fue captada.	Servicio de procedencia registrada en el carnet perinatal	Cualitativa	Nominal	- Emergencia - Centro Obstétrico - Maternidad
EDAD GESTACIONAL	Semanas de vida intrauterina cumplidas al momento del parto	Edad gestacional registrada en el carnet perinatal	Cuantitativa	Razón	- 26-32 ss - 33-36 ss - 37-42 ss - >42 ss
GESTACIONES	Número de embarazos que ha tenido.	Numero de gestaciones registrada en el carnet perinatal	Cualitativa	Nominal	- Primigesta - Segundigesta - Multigesta - Gran Multigesta

CONCLUSIÓN DEL TEST NO ESTRESANTE	Conclusiones objetivas de la reactividad fetal, en condiciones basales, sin estrés materno ni fetal	Resultado del test no estresante en la historia clínica	Cualitativa	Nominal	- Porcentaje de Fetos con resultados del Test No Estresante Reactivo - Porcentaje de Fetos con resultados del Test No Estresante No Reactivo
--	---	---	-------------	---------	---

CAPÍTULO III. MARCO METODOLOGICO

3.1 ENFOQUE

- MIXTO

3.2 DISEÑO

- CUANTITATIVO : NO EXPERIMENTAL
- CUALITATIVO : TEORIA FUNDAMENTADA

3.3 TIPO

- DESCRIPTIVO

Según el análisis y alcance del resultado, se determinará cómo está la situación de las variables que se van a estudiar en la población.

- OBSERVACIONAL:

Según la participación del investigador, no se manipulará variables.

- RETROSPECTIVO:

Según el tiempo de ocurrencia de los hechos y registros de la información.

- TRANSVERSAL:

Según el periodo y secuencia del estudio; se estudiarán las variables simultáneamente en determinado momento.

3.4 SUJETOS DE LA INVESTIGACIÓN

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

CASOS

- Paciente gestante con diagnóstico de preeclampsia.
- Paciente gestante con edad gestacional mayor de 28 semanas y menor de 42 semanas.
- Gestante con resultados cardiotocográficos del Test No Estresante.
- Gestante atendida en el Hospital de Apoyo II-2 Sullana durante los meses Enero-Febrero 2018

CONTROL

- Gestante sin diagnóstico de preeclampsia.
- Gestante con edad gestacional mayor de 28 semanas y menor de 42 semanas.
- Gestante con resultados cardiotocográficos del Test No Estresante.
- Gestante atendida en el Hospital de Apoyo II-2 Sullana durante los meses Enero-Febrero 2018

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Gestante con otras patologías asociadas.
- Gestante con embarazo múltiple.
- Historias clínicas inaccesibles o incompletas.

UNIVERSO

Todas las gestantes con y sin preeclampsia atendidas en el Hospital de Apoyo II-2 Sullana.

POBLACIÓN

Todas las gestantes con y sin preeclampsia atendidas en el Hospital de Apoyo II-2 Sullana, durante los meses Enero-Febrero 2018

MUESTRA

Según la información obtenida del departamento de Ginecología-Obstetricia del Hospital II-2 de Sullana, se registraron 363 gestantes con y sin preeclampsia atendidas durante los meses Enero-Febrero 2018 que habían sido monitorizadas con NST.

Se realizó el cálculo de la muestra utilizando una $z=1.96$ para una confiabilidad del 95% con un margen de error del 5%.

Plan de Muestreo: el muestreo a utilizar fue por conveniencia, tomando en cuenta criterio de inclusión y exclusión de los pacientes que asistan los servicios de consultorio externo y hospitalización durante los meses Marzo-Abril del 2018.

RESULTADOS DEL MUESTREO:

$$n = \frac{z^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{(N - 1) \cdot e^2 + z^2 \cdot p \cdot q}$$

En donde:

- n**: Es el tamaño de la muestra
- N**: tamaño de la población = 363
- z**: Desviación estándar (95% = 1,96)
- p**: probabilidad de ocurrencia del suceso (50%)
- q**: probabilidad de no ocurrencia del suceso (1-p)
- e**: margen de error o precisión (0.05)

$$n = \frac{1,96^2 (0.5) \cdot (0.5) \cdot 363}{(363 - 1) \cdot 0.05^2 + 1,96^2 \cdot (0.5) \cdot (0.5)}$$

Donde se ha aceptado un error máximo del 5% ($E=0.05$) y un nivel de confianza del 95% ($Z= 1.96$), la proporción de éxito como es desconocida se considera 50% ($P=0.5$), la probabilidad de fracaso es 1-P ($Q=0.5$).

Saliendo como resultado de la muestra **187** casos de gestantes con y sin preeclampsia del Hospital de Apoyo II-2 Sullana Enero – Febrero del 2018 durante el periodo de estudio.

3.5 MÉTODOS Y PROCEDIMIENTOS

Para el análisis, estadística y obtención de gráficos, se utilizará el Microsoft Office Excel 2010 y el software SPSS versión 21.

Para la presentación de los hallazgos se realizarán cuadros estadísticos, tablas y gráficos, los cuales servirán de base para realizar el análisis e interpretación de la información obtenida utilizando para ello la base teórica propuesta. Se darán a conocer los resultados con la elaboración del informe final del trabajo de investigación.

3.6 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

- Ficha de recolección de datos, en la que aparecen las diferentes variables a estudiar, con sus respectivos indicadores.
- Computadora y software para el procesamiento de los datos

3.7 ASPECTOS ÉTICOS

En este proceso de investigación, al ser observacional no tiene repercusiones en las pacientes, puesto que no se estableció un contacto directo con ellas y la información fue obtenida a través de una ficha de recolección de datos, la cual se guardó la confidencialidad de la información, siendo utilizada para fines exclusivamente académicos y de salud pública. La investigación cumplió con los cuatro principios fundamentales de la ética: autonomía, beneficencia, no maleficencia, justicia

CAPÍTULO IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. RESULTADOS

Objetivo específico 1: Determinar las características sociodemográficas considerando edad, estado civil, ocupación, grado de instrucción, procedencia en gestantes con y sin preeclampsia atendidas en el Hospital de Apoyo II-2 Sullana, Enero – Febrero, 2018.

Tabla N°01

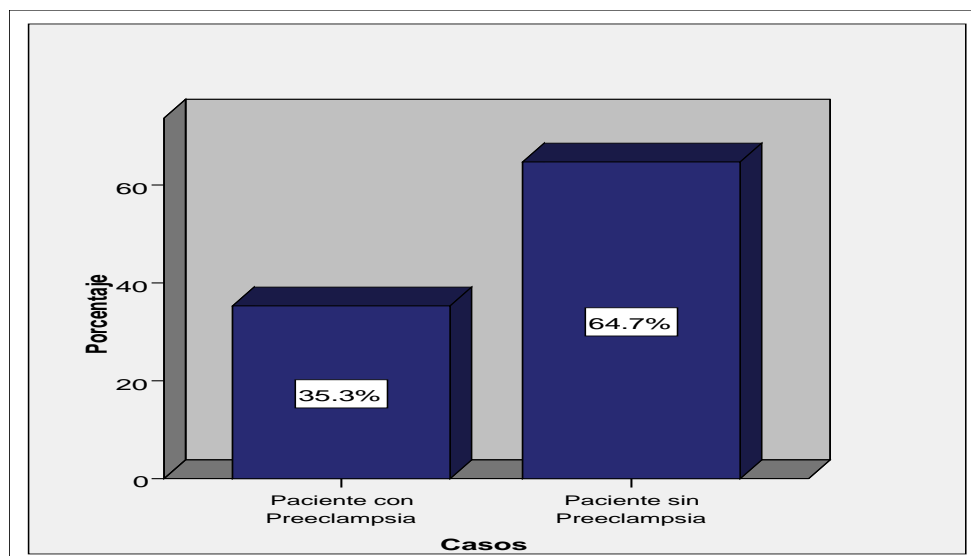
Gestantes con y sin preeclampsia atendidas en el Hospital de Apoyo II-2 Sullana, Enero – Febrero, 2018.

Casos		
	n	%
Paciente con Preeclampsia	66	35.3
Paciente sin Preeclampsia	121	64.7
Total	187	100.0

Fuente: Ficha de registro de información

Gráfico N°01

Gestantes con y sin preeclampsia atendidas en el Hospital de Apoyo II-2 Sullana, Enero – Febrero, 2018.



Fuente: Tabla N°01

Según los resultados mostrados en la Tabla N°01 y el Gráfico N°01, respecto a las Gestantes con y sin preeclampsia atendidas en el Hospital de Apoyo II-2 Sullana, Enero – Febrero, 2018, muestran que el 64.7.0% de las gestantes son pacientes sin Preeclampsia y el 35.3% son pacientes con preeclampsia.

Tabla N°02

Características sociodemográficas considerando edad, estado civil, ocupación, grado de instrucción, procedencia y Servicio de procedencia en gestantes atendidas en el Hospital de Apoyo II-2 Sullana, Enero – Febrero, 2018.

1. Edad	n	%
<15	5	2.7
16 – 19	35	18.7
20 – 34	131	70.1
>35	16	8.6
Total	187	100.0
2. Grado de instrucción	n	%
Primaria I	17	9.1
Primaria C	20	10.7
Secundaria I	63	33.7
Secundaria C	60	32.1
Superior	27	14.4
Total	187	100.0
3. Estado civil	n	%
Soltera	14	7.5
Casada	37	19.8
Conviviente	136	72.7
Total	187	100.0
4. Ocupación	n	%
Ama de casa	172	92.0
Tecn. Farmacia	1	.5
Enfermera	2	1.1
Estudiante	9	4.8
Comerciante	1	.5
Auxiliar de Inicial	1	.5
Tecn. Computación	1	.5
Total	187	100.0
5. Procedencia	n	%
Sullana	86	46.0
Bellavista	14	7.5
Marcavelica	14	7.5
Tambogrande	20	10.7

Ignacio escudero	3	1.6
Ayabaca	8	4.3
Paita	7	3.7
Talara	16	8.6
Querecotillo	6	3.2
Lancones	11	5.9
Miguel checa	2	1.1
Total	187	100.0
6. Servicio de procedencia	n	%
Emergencia	55	29.4
C.O	46	24.6
Maternidad	86	46.0
Total	187	100.0

Fuente: Ficha de registro de información

Descripción de la Tabla N°02:

1. Respecto a la Edad en gestantes atendidas en el Hospital de Apoyo II-2 Sullana, se observa que el 70.1% de las gestantes tienen una edad de 20 – 34 años, el 18.7% son de 16 - 19 años, el 8.6% son mayores de 35 años y el 2.7% son menores de 15 años.
2. Respecto al grado de instrucción en gestantes atendidas en el Hospital de Apoyo II-2 Sullana, se observa que el 33.7% de las gestantes estudio Secundaria I, el 32.1% estudio Secundaria C, el 14.4% estudio superior, el 10.7% estudio Primaria C y el 9.1% estudio Primaria I.
3. Respecto al estado civil en gestantes atendidas en el Hospital de Apoyo II-2 Sullana, se observa que el 72.7% de las gestantes son convivientes, el 19.8% son casadas y el 7.5% son solteras.
4. Respecto a la ocupación en gestantes atendidas en el Hospital de Apoyo II-2 Sullana, se observa que el 92.0% de las gestantes es Ama de casa, el 4.8% es estudiante, el 1.1% es enfermera, el 0.5% es Tecn. Farmacia, el 0.5% es Comerciante, el 0.5% es Auxiliar de inicial y el 0.5% es Tecn. computación.

5. Respecto a la procedencia en gestantes atendidas en el Hospital de Apoyo II-2 Sullana, se observa que el 46.0% de las gestantes son de Sullana, el 10.7% son de Tambogrande, el 8.6% son de Talara, el 7.5% son de Bellavista, el 7.5% son de Marcavelica, el 5.9% son de Lancones, el 4.3 son de Ayabaca, el 3.7% son de Paita, el 3.2% son de Querecotillo, el 1.6 son de Ignacio escudero y el 1.1% son de Miguel checa.

6. Respecto al servicio de procedencia en gestantes atendidas en el Hospital de Apoyo II-2 Sullana, se observa que el 46.0% de las gestantes son procedentes del servicio de Maternidad, el 29.4% son del servicio de emergencia y el 24.6% son del servicio C.O.

Tabla N° 03

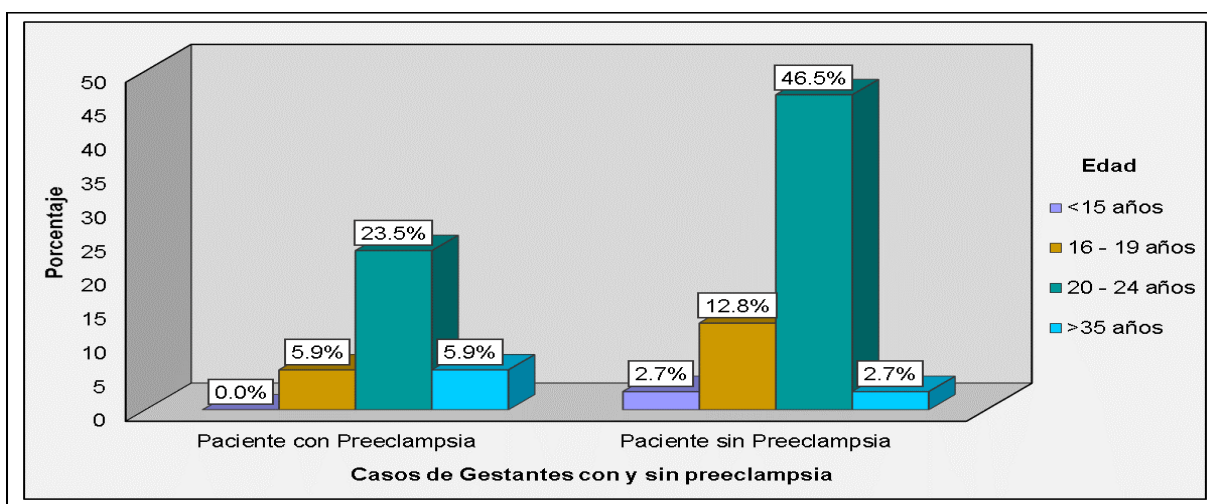
*Tabla de contingencia edad *Casos*

			CASOS		TOTAL
			Paciente con Preeclampsia	Paciente sin Preeclampsia	
EDAD	<15	Recuento	0	5	5
		% del total	.0%	2.7%	2.7%
	16 - 19	Recuento	11	24	35
		% del total	5.9%	12.8%	18.7%
	20 - 34	Recuento	44	87	131
		% del total	23.5%	46.5%	70.1%
	>35	Recuento	11	5	16
		% del total	5.9%	2.7%	8.6%
TOTAL		Recuento	66	121	187
		% del total	35.3%	64.7%	100.0%

Fuente: Ficha de registro de información

Gráfico N°02

Asociación de la edad con los casos de gestantes con y sin preeclampsia atendidas en el Hospital de Apoyo II-2 Sullana, Enero – Febrero, 2018.



Fuente: Tabla N°03

En la Tabla N°03 y el Gráfico N°02, se muestra la Tabla de contingencia de la edad y casos de gestantes con y sin preeclampsia atendidas en el Hospital de Apoyo II-2 Sullana, Enero, se observa que los valores más relevantes es que el 46.5% de las gestantes sin preeclampsia y el 23.5% de las gestantes con preeclampsia tienen una edad de 20 -34 años.

Tabla N°04

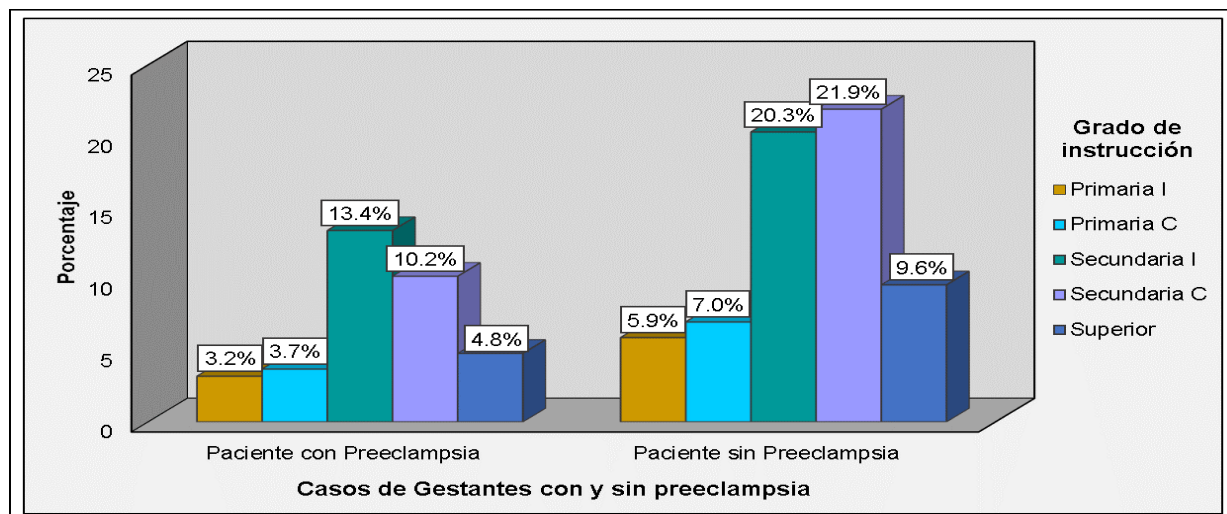
Tabla de contingencia Grado de instrucción * Casos

		CASOS			TOTAL
			Paciente con Preeclampsia	Paciente sin Preeclampsia	
GRADO DE INSTRUCCIÓN	Primaria I	Recuento	6	11	17
		% del total	3.2%	5.9%	9.1%
	Primaria C	Recuento	7	13	20
		% del total	3.7%	7.0%	10.7%
	Secundaria I	Recuento	25	38	63
		% del total	13.4%	20.3%	33.7%
	Secundaria C	Recuento	19	41	60
		% del total	10.2%	21.9%	32.1%
TOTAL	Superior	Recuento	9	18	27
		% del total	4.8%	9.6%	14.4%
		Recuento	66	121	187
		% del total	35.3%	64.7%	100.0%

Fuente: Ficha de registro de información

Gráfico N°03

Asociación del grado de instrucción con los casos de gestantes con y sin preeclampsia atendidas en el Hospital de Apoyo II-2 Sullana, Enero – Febrero, 2018



Fuente: Tabla N°04

En la Tabla N°04 y el Gráfico N°03, se muestra la Tabla de contingencia del grado de instrucción y casos de gestantes con y sin preeclampsia atendidas en el Hospital de Apoyo II-2 Sullana, Enero, se observa que los valores más relevantes es que el 21.9% de las gestantes sin preeclampsia estudiaron hasta Secundaria C en relación al 13.4% de las gestantes con preeclampsia estudiaron Secundaria I.

Tabla N°05

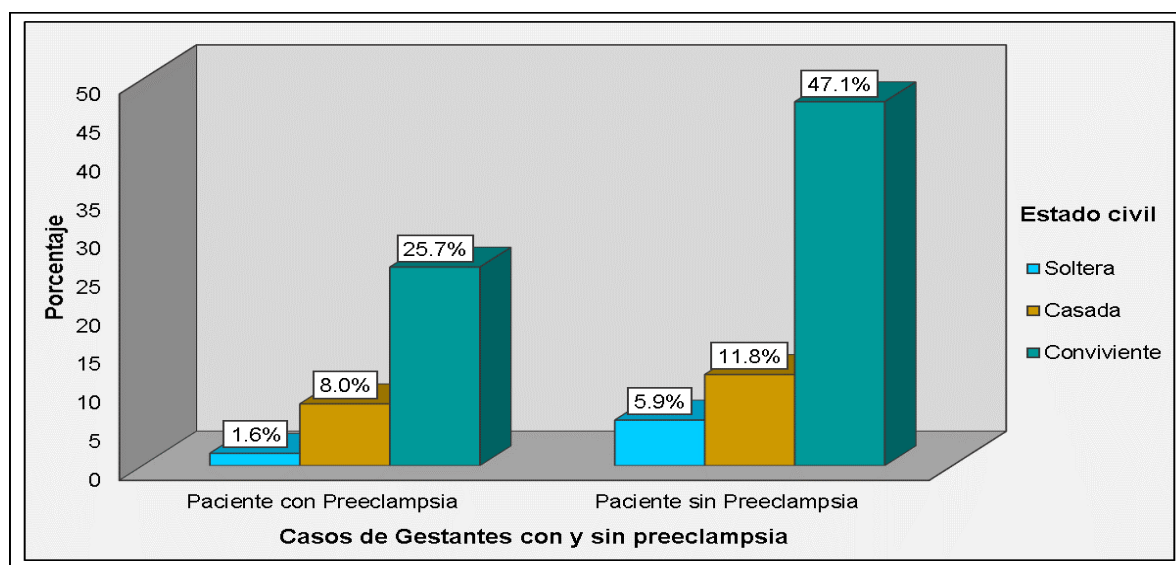
*Tabla de contingencia Estado civil * Casos*

			CASOS		TOTAL
			Paciente con Preeclampsia	Paciente sin Preeclampsia	
ESTADO CIVIL	Soltera	Recuento	3	11	14
		% del total	1.6%	5.9%	7.5%
	Casada	Recuento	15	22	37
		% del total	8.0%	11.8%	19.8%
	Conviviente	Recuento	48	88	136
		% del total	25.7%	47.1%	72.7%
TOTAL		Recuento	66	121	187
		% del total	35.3%	64.7%	100.0%

Fuente: Ficha de registro de información

Gráfico N°04

Asociación del estado civil con los casos de gestantes con y sin preeclampsia atendidas en el Hospital de Apoyo II-2 Sullana, Enero – Febrero, 2018



Fuente: Tabla N°05

En la Tabla N°05 y el Gráfico N°04, se muestra la Tabla de contingencia del estado civil y casos de gestantes con y sin preeclampsia atendidas en el Hospital de Apoyo II-2 Sullana, Enero, se observa que el valores más relevantes es que el 47.1% de las gestantes sin preeclampsia y el 25.7% de las gestantes con preeclampsia son convivientes.

Tabla N°06

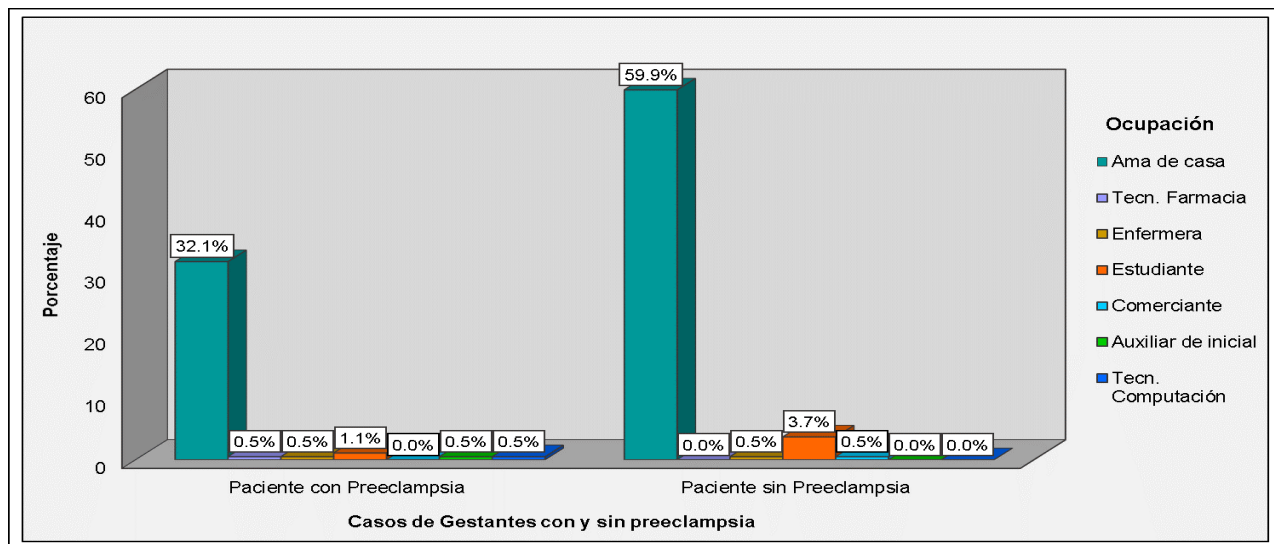
Tabla de contingencia Ocupación * Casos

			CASOS		TOTAL
			Paciente con Preeclampsia	Paciente sin Preeclampsia	
OCUPACIÓN	Ama de casa	Recuento	60	112	172
		% del total	32.1%	59.9%	92.0%
	Tecn. Farmacia	Recuento	1	0	1
		% del total	.5%	.0%	.5%
	Enfermera	Recuento	1	1	2
		% del total	.5%	.5%	1.1%
	Estudiante	Recuento	2	7	9
		% del total	1.1%	3.7%	4.8%
	Comerciante	Recuento	0	1	1
		% del total	.0%	.5%	.5%
	Auxiliar de Inicial	Recuento	1	0	1
		% del total	.5%	.0%	.5%
	Tecn. Computación	Recuento	1	0	1
		% del total	.5%	.0%	.5%
TOTAL		Recuento	66	121	187
		% del total	35.3%	64.7%	100.0%

Fuente: Ficha de registro de información

Gráfico N°05

Asociación de la ocupación con los casos de gestantes con y sin preeclampsia atendidas en el Hospital de Apoyo II-2 Sullana, Enero – Febrero, 2018



Fuente: Tabla N°06

En la Tabla N°06 y el Gráfico N°05, se muestra la Tabla de contingencia de la ocupación y casos de gestantes con y sin preeclampsia atendidas en el Hospital de Apoyo II-2 Sullana, Enero, se observa que los valores más relevantes es que el 59.9% de las gestantes sin preeclampsia y el 32.2% de las gestantes con preeclampsia son Amas de casa.

Tabla N°07

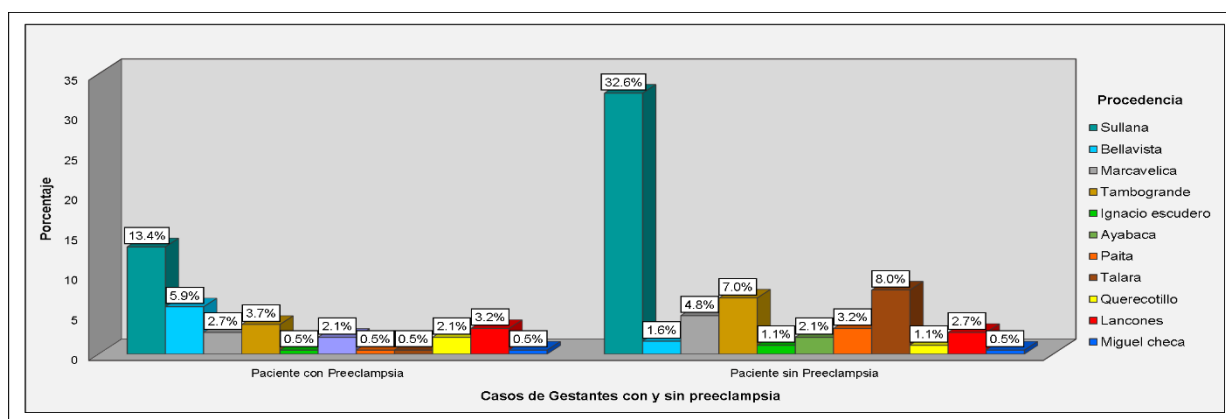
Tabla de contingencia Procedencia * Casos

			CASOS		TOTAL
			Paciente con Preeclampsia	Paciente sin Preeclampsia	
PROCEDENCIA	Sullana	Recuento	25	61	86
		% del total	13.4%	32.6%	46.0%
	Bellavista	Recuento	11	3	14
		% del total	5.9%	1.6%	7.5%
	Marcavelica	Recuento	5	9	14
		% del total	2.7%	4.8%	7.5%
	Tambogrande	Recuento	7	13	20
		% del total	3.7%	7.0%	10.7%
	Ignacio escudero	Recuento	1	2	3
		% del total	0.5%	1.1%	1.6%
	Ayabaca	Recuento	4	4	8
		% del total	2.1%	2.1%	4.3%
	Paíta	Recuento	1	6	7
		% del total	0.5%	3.2%	3.7%
	Talara	Recuento	1	15	16
		% del total	0.5%	8.0%	8.6%
	Querecotillo	Recuento	4	2	6
		% del total	2.1%	1.1%	3.2%
	Lancones	Recuento	6	5	11
		% del total	3.2%	2.7%	5.9%
	Miguel checa	Recuento	1	1	2
		% del total	0.5%	0.5%	1.1%
TOTAL		Recuento	66	121	187
		% del total	35.3%	64.7%	100.0%

Fuente: Ficha de registro de información

Gráfico N°06

Asociación de la procedencia con los casos de gestantes con y sin preeclampsia atendidas en el Hospital de Apoyo II-2 Sullana, Enero – Febrero, 2018



Fuente: Tabla N°07

En la Tabla N°07 y el Gráfico N°06, se muestra la Tabla de contingencia de la procedencia y casos de gestantes con y sin preeclampsia atendidas en el Hospital de Apoyo II-2 Sullana, Enero

– Febrero 2018, se observa que el valor más relevante es que el 32.6% de las gestantes sin preeclampsia y el 13.4% de las gestantes con preeclampsia son de Sullana.

Tabla N°08

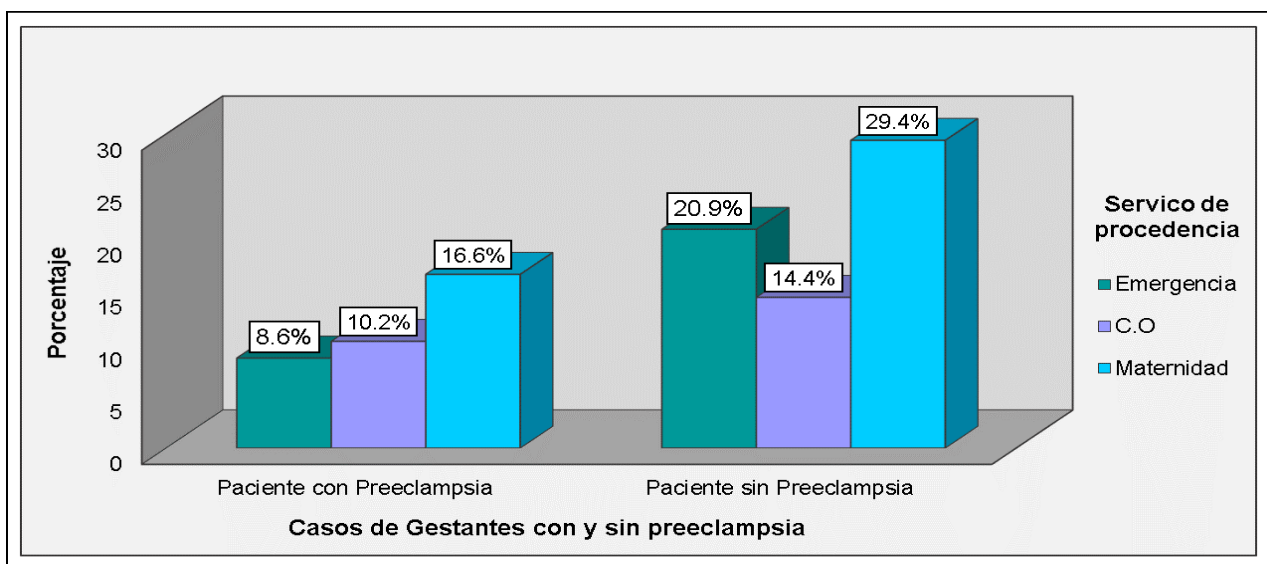
*Tabla de contingencia Servicio de procedencia * Casos*

			CASOS		TOTAL
			Paciente con Preeclampsia	Paciente sin Preeclampsia	
SERVICIO DE PROCEDENCIA	Emergencia	Recuento	16	39	55
		% del total	8.6%	20.9%	29.4%
	C.O	Recuento	19	27	46
		% del total	10.2%	14.4%	24.6%
	Maternidad	Recuento	31	55	86
		% del total	16.6%	29.4%	46.0%
TOTAL		Recuento	66	121	187
		% del total	35.3%	64.7%	100.0%

Fuente: Ficha de registro de información

Gráfico N°07

Asociación del servicio de procedencia con los casos de gestantes con y sin preeclampsia atendidas en el Hospital II de Apoyo-2 Sullana, Enero – Febrero, 2018



Fuente: Tabla N°08

En la Tabla N°08 y el Gráfico N°07, se muestra la Tabla de contingencia del servicio de procedencia y casos de gestantes con y sin preeclampsia atendidas en el Hospital de Apoyo II-2 Sullana, Enero, se observa que los valores más relevantes es que el 29.4% de las gestantes sin preeclampsia y el 16.6% de las gestantes con preeclampsia son procedentes del servicio de Maternidad.

Objetivo específico 2: Determinar las características obstétricas considerando la edad gestacional, número de controles obstétricos y antecedentes obstétricos de las gestantes con y sin preeclampsia atendidas en el Hospital de Apoyo II-2 Sullana, Enero – Febrero, 2018.

Tabla N°09

Características obstétricas considerando la edad gestacional, número de controles obstétricos y antecedentes obstétricos en gestantes atendidas en el Hospital de Apoyo II-2 Sullana, Enero – Febrero, 2018.

1. Edad Gestacional	n	%
26 - 32ss	2	1.1
33 - 36ss	67	35.8
37 - 42ss	118	63.1
Total	187	100.0
2. Controles obstétricos	n	%
<6	61	32.6
>6	126	67.4
Total	187	100.0
3. Antecedentes obstétricos (G)	n	%
Primigesta	57	30.5
Segundigesta	45	24.1
Multigesta	78	41.7
Gran Multigesta	7	3.7
Total	187	100.0

Fuente: Ficha de registro de información

Descripción de la Tabla N°09:

1. Respecto a la Edad gestacional de las gestantes atendidas en el Hospital de Apoyo II-2 Sullana, se observa que el 63.1% de las gestantes tienen una edad gestacional de 37 – 42ss, el 35.8% van de 33 – 36ss y el 1.1% va de 26 – 32ss.
2. Respecto a los controles obstétricos de las gestantes atendidas en el Hospital de Apoyo II-2 Sullana, se observa que el 63.1% de las gestantes tienen una edad gestacional de 37 – 42ss, el 35.8% son de 33 – 36ss y el 1.1% son de 26 – 32ss.

3. Respecto a los Antecedentes obstétricos (G) de las gestantes atendidas en el Hospital de Apoyo II-2 Sullana, se observa que el 41.7% de las gestantes tienen antecedentes obstétricos Multigesta, el 30.5% son Primigesta, el 24.1% son Segundigesta y el 3.7% son Gran Multigesta.

Tabla N°10

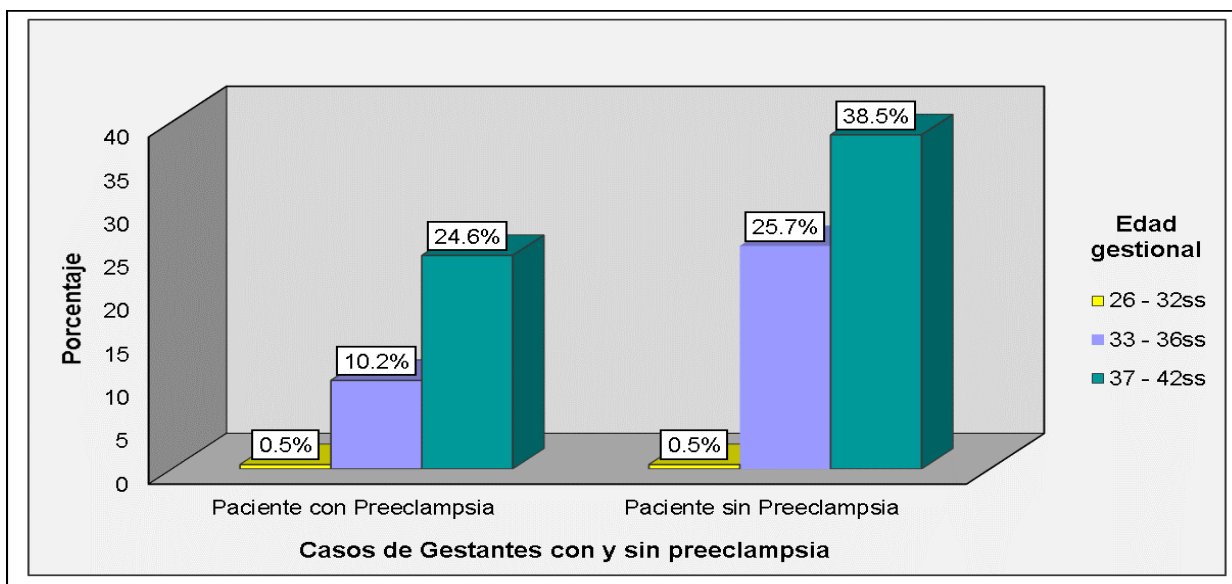
*Tabla de contingencia Edad gestacional * Casos*

			CASOS		TOTAL
			Paciente con Preeclampsia	Paciente sin Preeclampsia	
EDAD GESTACIONAL	26 - 32ss	Recuento	1	1	2
		% del total	.5%	.5%	1.1%
	33 - 36ss	Recuento	19	48	67
		% del total	10.2%	25.7%	35.8%
	37 - 42ss	Recuento	46	72	118
		% del total	24.6%	38.5%	63.1%
TOTAL		Recuento	66	121	187
		% del total	35.3%	64.7%	100.0%

Fuente: Ficha de registro de información

Gráfico N°08

Asociación de la edad gestacional con los casos de gestantes con y sin preeclampsia atendidas en el Hospital II-2 Sullana, Enero – Febrero, 2018



Fuente: Tabla N°10

En la Tabla N°10 y el Gráfico N°08, se muestra la Tabla de contingencia de la Edad gestacional y casos de gestantes con y sin preeclampsia atendidas en el Hospital de Apoyo II-2 Sullana, Enero, se observa que los valores más relevantes es que el 38.5% de las gestantes sin preeclampsia y el 24.6% de las gestantes con preeclampsia tienen una edad gestacional de 37 – 42ss.

Tabla N°11

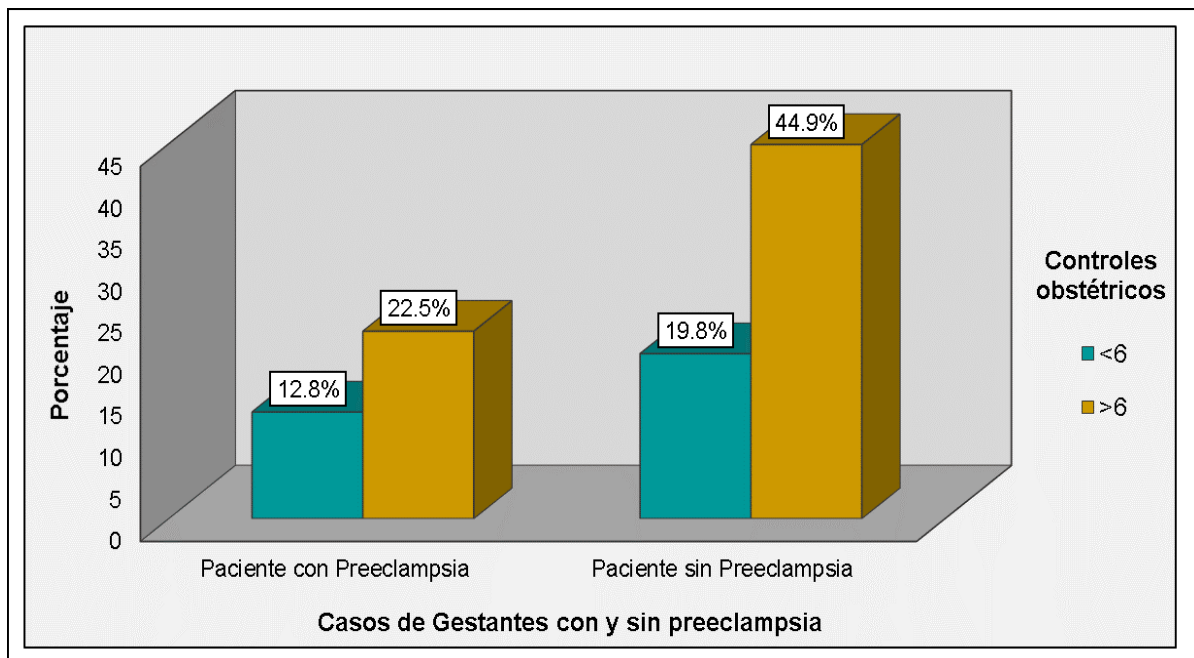
*Tabla de contingencia Controles * Casos*

			CASOS		TOTAL
			Paciente con Preeclampsia	Paciente sin Preeclampsia	
CONTROLES OBSTÉTRICOS	<6	Recuento	24	37	61
		% del total	12.8%	19.8%	32.6%
	>6	Recuento	42	84	126
		% del total	22.5%	44.9%	67.4%
TOTAL		Recuento	66	121	187
		% del total	35.3%	64.7%	100.0%

Fuente: Ficha de registro de información

Gráfico N°09

Asociación de los controles obstétricos con los casos de gestantes con y sin preeclampsia atendidas en el Hospital de Apoyo II-2 Sullana, Enero – Febrero, 2018



Fuente: Tabla N°11

En la Tabla N°11 y el Gráfico N°09, se muestra la Tabla de contingencia de los controles obstétricos y casos de gestantes con y sin preeclampsia atendidas en el Hospital de Apoyo II-2 Sullana, Enero, se observa que los valores más relevantes es que el 44.9% de las gestantes sin preeclampsia y el 22.5% de las gestantes con preeclampsia tienen más de 6 controles obstétricos.

Tabla N°12

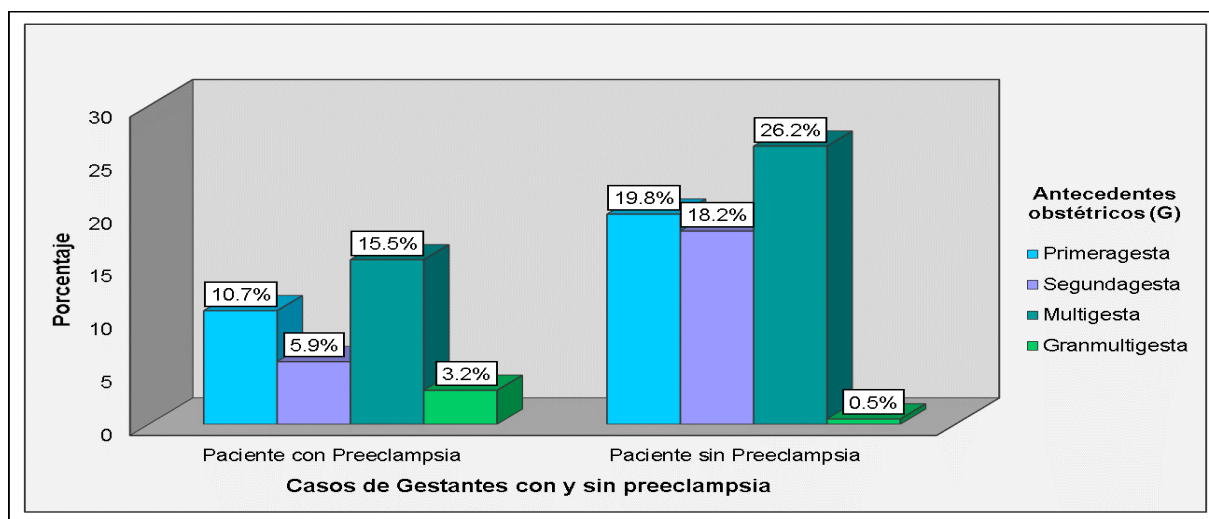
*Tabla de contingencia antecedentes obstétricos (G) * Casos*

			CASOS		TOTAL
			Paciente con Preeclampsia	Paciente sin Preeclampsia	
ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS (G)	Primigesta	Recuento	20	37	57
		% del total	10.7%	19.8%	30.5%
	Segundigesta	Recuento	11	34	45
		% del total	5.9%	18.2%	24.1%
	Multigesta	Recuento	29	49	78
		% del total	15.5%	26.2%	41.7%
	Gran Multigesta	Recuento	6	1	7
		% del total	3.2%	.5%	3.7%
TOTAL		Recuento	66	121	187
		% del total	35.3%	64.7%	100.0%

Fuente: Ficha de registro de información

Gráfico N°10

Asociación de los antecedentes obstétricos con los casos de gestantes con y sin preeclampsia atendidas en el Hospital de Apoyo II-2 Sullana, Enero – Febrero, 2018.



Fuente: Tabla N°12

En la Tabla N°12 y el Gráfico N°10, se muestra la Tabla de contingencia de los antecedentes obstétricos (G) y casos de gestantes con y sin preeclampsia atendidas en el Hospital II-2 Sullana, Enero, se observa que los valores más relevantes es que el 26.2% de las gestantes sin Preeclampsia y el 15.5% de las gestantes con preeclampsia tienen antecedentes obstétricos (G) Multigesta.

Objetivo específico 3: Distinguir las conclusiones del test no estresante en gestantes con y sin preeclampsia atendidas en el Hospital de Apoyo II-2 Sullana, Enero – Febrero, 2018.

Tabla N°13

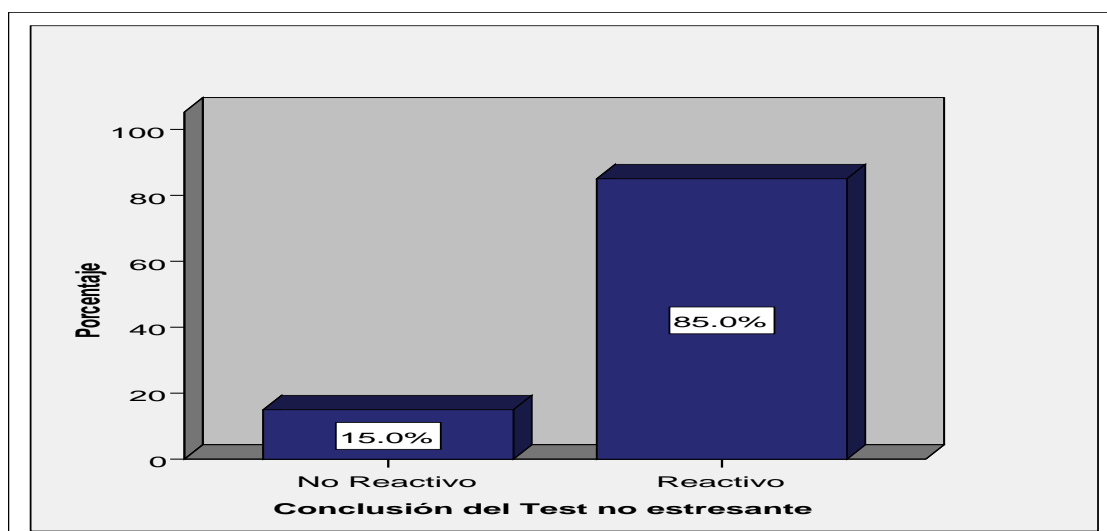
Conclusiones del test no estresante en gestantes atendidas en el Hospital de Apoyo II-2 Sullana, Enero – Febrero, 2018.

Conclusión del Test no estresante		
	n	%
No Reactivo	28	15.0
Reactivo	159	85.0
Total	187	100.0

Fuente: Ficha de registro de información

Gráfico N°11

Conclusiones del test no estresante en gestantes atendidas en el Hospital de Apoyo II-2 Sullana, Enero – Febrero, 2018.



Fuente: Tabla N°13

Según los resultados mostrados en la Tabla N°13 y el Gráfico N°11, respecto a las Conclusiones del test no estresante en gestantes atendidas en el Hospital de Apoyo II-2 Sullana, Enero – Febrero, 2018, muestran que el 85.0% de las gestantes tienen un test no estresante Reactivo y el 15.0% son gestantes con test no estresante Reactivo.

Relación de las conclusiones del test no estresante en gestantes con y sin preeclampsia atendidas en el Hospital II-2 Sullana, Enero – Febrero, 2018.

Tabla N°14

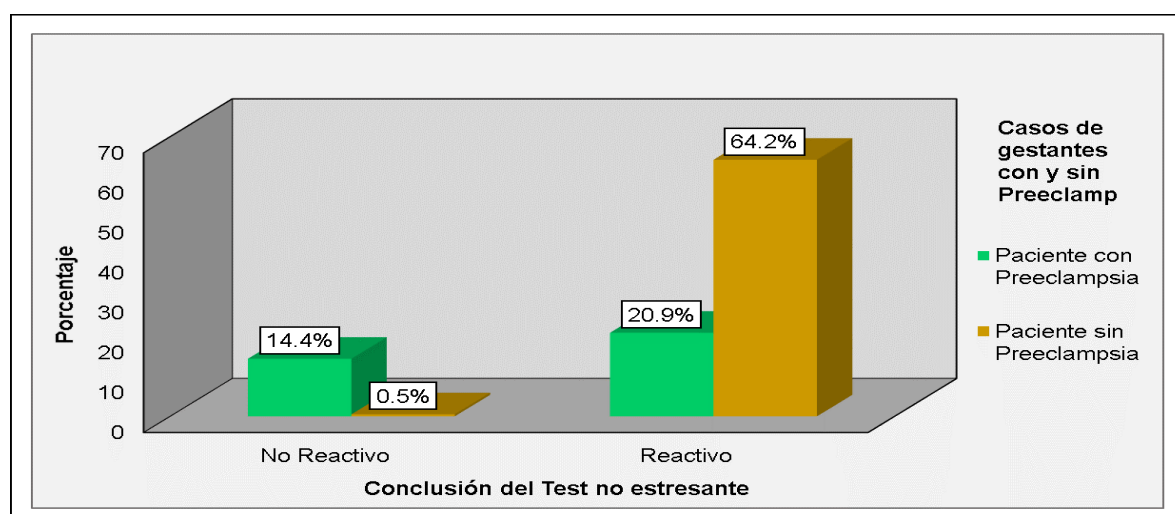
Tabla de contingencia Conclusión del Test no estresante * Casos

			CASOS		TOTAL
			Paciente con Preeclampsia	Paciente sin Preeclampsia	
CONCLUSIÓN DEL TEST NO ESTRESANTE	No Reactivo	Recuento	27	1	28
		% del total	14.4%	.5%	15.0%
	Reactivo	Recuento	39	120	159
		% del total	20.9%	64.2%	85.0%
TOTAL		Recuento	66	121	187
		% del total	35.3%	64.7%	100.0%

Fuente: Ficha de registro de información

Gráfico N°12

Asociación de la Conclusión del Test no estresante y los casos de gestantes con y sin preeclampsia atendidas en el Hospital de Apoyo II-2 Sullana, Enero – Febrero, 2018.



Fuente: Tabla N°14

En la Tabla N°13 y el Gráfico N°12, se muestra la Tabla de contingencia de la conclusión del test no estresante y casos de gestantes con y sin preeclampsia atendidas en el Hospital de Apoyo II-2 Sullana, Enero, se observa que los valores más relevantes es que el 64.2% de las gestantes sin preeclampsia y el 20.9% de las gestantes con preeclampsia tienen conclusión del test no estresante Reactivo, así mismo el 14.4% de las gestantes con preeclampsia tienen conclusión del test no estresante no reactivo.

4.2. DISCUSIÓN

En este estudio participaron 187 pacientes con y sin diagnósticos de preeclampsia en el Hospital de Apoyo II-2 Sullana; en cuanto a sus características sociodemográficas resaltan que el grupo etáreo se ubicó en un rango de edad entre los 20-34 años con un 70.1% total de las gestantes, con la cual guarda relación con lo encontrado por Francesca Ruiz (11) en el año 2012 en el Instituto Nacional Materno Perinatal donde la mayoría de gestantes tuvieron entre 20-34 años con un 60.4%; al igual manera la Obt. Coaquira Ticahuanca (37) en su estudio en el Hospital Manuel Angel Higo Arakake Satipo – Junín en el año 2015 se encuentra el rango de edad entre 20 a 34 años con un 49.3% de sus gestantes. En nuestra investigación el mayor porcentaje la obtuvieron mujeres jóvenes de edad fértil, sin embargo existe un porcentaje significativo que equivale al 18.7% en gestantes adolescentes con un rango de edad de 16 a 19%.

Con respecto al grado de instrucción, el estudio encontró que la mayor frecuencia de las pacientes con secundaria incompleta en un 33.7% seguido por secundaria completa en un 32.1%, similares resultados se encontraron en el estudio de Coaquira Ticahuanca (37) en el Hospital Manuel Angel Higo Arakake Satipo – Junín en el año 2015 donde el 53.7% de las gestantes cuentan con estudio secundario incompleto coincidiendo con los resultados de nuestro estudio. Sin embargo nuestros resultados difieren por los hallazgos encontrados por Ruiz (11) en el año 2012 en el Instituto Nacional Materno Perinatal, el 61.5% fueron gestantes con nivel de instrucción secundaria completa. El motivo por el que existe mayor probabilidad de presentar preeclampsia en gestantes con menos nivel de grado de educativo, es probable que ignoren diversos aspectos importantes del embarazo y al no tener acceso a la información es posible que no se realicen un buen control del embarazo.

La ocupación de las gestantes fueron ser ama de casa con un 92% y tener como estado civil conviviente con un 72.7% tal relación guarda con el estudio de Francesca Ruiz (11) en el año 2012 en el Instituto Nacional Materno Perinatal donde gran porcentaje de gestantes fueron ama de casa con un 84.4% y con un estado civil de conviviente.

la mayor parte de gestantes proceden del servicio de maternidad con un 46% sin embargo los resultados difieren con un 69.8% de las gestantes que proceden del servicio de emergencia en el estudio de Francesca Ruiz (11) en el año 2012 en el Instituto Nacional Materno Perinatal.

Con respecto a las características obstétricas, encontramos la edad gestacional al momento del diagnóstico, evidenciándose en el 63.1% de las pacientes tuvieron de edad gestacional entre 37 a 42 ss; resultados diferentes fueron reportados por Coaquira Ticahuanca (37) en el Hospital Manuel Angel Higo Arakake Satipo – Junín en el año 2015, quien refiere que mayor porcentaje es de 73.1% de las pacientes con edad gestacional entre 37 a 40ss. Ambos estudios están en el rango del tercer trimestre, en donde deberían realizarse un test no estresante (NST) a toda gestante aun cuando sea normal y no haya tenido complicaciones, entre 1 a 3 veces en el tercer trimestre del embarazo, pero esto no es posible en todos los centros de salud de nuestro país.

En nuestra investigación se observó que el mayor porcentaje se encuentra en el grupo de gestantes Multigestas con un 41.7%, por el cual un significativo porcentaje fue de 30.5% por gestantes primigestas; por otro lado el estudio de Coaquira Ticahuanca (37) en el Hospital Manuel Angel Higo Arakake Satipo – Junín en el año 2015, demuestra que mayor porcentaje son gestantes Primigestas con un 52.2% según literatura médica el primer embarazo es considerado un factor de riesgo para preeclampsia. Por el sistema inmune de las mujeres debido a la exposición limitada de antígenos paternos y esta falta de desensibilización puede desempeñar un papel de patogénesis, pero en Multigestas existe una hipótesis que se reporta que el efecto protector de la multiparidad se pierde al cambiar de pareja y esta se relaciona con la hipertensión inducida en el embarazo, en la actualidad por el cambio de parejas sexuales tanto primigestas como Multigestas tendrían el mismo rango de padecer preeclampsia. Estas teorías deberían profundizarse en futuros estudios.

En nuestro estudio según controles Obstétricos se evidencio que un 67.4% son gestantes controladas y un 32.6 % son gestantes no controladas, este punto es importante porque según MINSA, una gestante controlada con ≥ 6 controles prenatales es donde se reduce el riesgo de

complicaciones que puedan condicionar la morbi-mortalidad materna perinatal y es una estrategia de mejor impacto en las políticas de salud del Perú.

Respecto a las Conclusiones del test no estresante, se observó que como resultado más relevante tenemos que más de la mitad (85.0%) de las gestantes atendidas en el hospital tienen un test no estresante Reactivo. Respecto a la asociación de casos de gestantes con y sin preeclampsia atendidas en el Hospital II-2, se observó que el resultado más relevante es que el 64.2% de las gestantes tienen conclusión del test no estresante “Reactivo” y a la vez son pacientes gestantes sin Preeclampsia. Y que no menos relevante que el 14,4% de las gestantes tienen conclusión del test no estresante “No Reactivo” y a la vez son gestantes con preeclampsia. Lo que significa que cabe mencionar que a la fecha no se encontraron trabajos parecidos donde las conclusiones del test estresante sean realizadas en dos poblaciones como gestantes con diagnóstico de preeclampsia y gestantes normales sin diagnóstico de preeclampsia por lo que es necesario profundizar esta línea de investigación, ya que solo existen investigaciones donde se estudian los elementos de un registro cardiotocográfico y con una sola población.

CONCLUSIONES

Las características sociodemográficas en gestantes con y sin preeclampsia atendidas en el Hospital II-2 Sullana, Enero – Febrero, 2018, tenemos que el total de pacientes estudiados fue de 197, de ellos el 35.3% (66) gestantes con preeclampsia y el grupo control estuvo conformado por el 64.7% (121) gestantes sin preeclampsia aparentemente normales. Se observa que el 70.1% (131) gestantes tienen sus edades comprendidas entre 20 – 34 años, la prevalencia de edad en gestantes sin preeclampsia fue de 46.5% (87) y de 23.5% (44) en gestantes con preeclampsia. Con respecto al grado de instrucción se encontró los valores más relevantes el 21.9% (41) de las gestantes sin preeclampsia que estudiaron secundaria completa en relación al 13.4% (25) de las gestantes con preeclampsia que estudiaron secundaria incompleta. Se encontró que el 72.7% (136) de las gestantes son convivientes, con la prevalencia que el 47.1% (88) son gestantes sin preeclampsia y el 25.7% (48) son gestantes con preeclampsia. En cuanto a la ocupación se observó que el 92% (172) son gestantes ama de casa, dividiendo en control y estudio el 59.9% (112) gestantes sin preeclampsia y el 32.1% (60) gestantes con preeclampsia. Se comprendió que el 46% (86) de gestantes proceden de Sullana, la relevancia de procedencia fue el 32.6% (61) en gestantes sin preeclampsia y el 13.4% (25) en gestantes con preeclampsia. Se determinó que la mayoría de gestantes en que se le realiza el test no estresante son del servicio de procedencia de Maternidad con el 46% (86) atendidas en el HAS II-2, siendo un 29.4% (55) gestantes sin preeclampsia y un 16.6% (31) gestantes con preeclampsia.

Las características obstétricas en gestantes con y sin preeclampsia atendidas en el Hospital II-2 Sullana, Enero – Febrero, 2018, en cuanto a la edad gestacional se observó que un 63.1% (118) son gestantes de 37 – 42 semanas de gestación, por lo cual dividiendo que el 38.5% (72) son gestantes sin preeclampsia y el 24.6% (46) son gestantes con

preeclampsia siendo ambas gestaciones a término. Se evaluó que las gestantes tanto estudio como control tienen ≥ 6 controles prenatales con un 67.4% (126) gestantes controladas según MINSA, por lo cual el 44.9% (84) pertenece a gestantes sin preeclampsia y el 22.5% (66) a gestantes con preeclampsia. Con respecto a los antecedentes obstétricos se puede distinguir que el 41.7% (78) de las gestantes son Multigesta con un mayor o igual de tres gestaciones, descubriendo que el 26.2% (49) son gestantes sin preeclampsia y el 15.5% (29) son gestantes con preeclampsia.

Las conclusiones del test no estresante en gestantes con y sin preeclampsia atendidas en el Hospital II-2 Sullana, Enero – Febrero, 2018, al valorar los resultados se pudo medir que el 85% (159) de gestantes tienen como resultado “REACTIVO” del test no estresante, que se distingue en un 64.2% (120) gestantes sin preeclampsia y 20.9% (39) gestantes con preeclampsia, concluyendo que los resultados cardiotocográficos fueron favorables para el feto. En cambio en gestantes que obtuvieron como resultado “NO REACTIVO” del test no estresante son el 15% (28), donde la mayoría se relaciona significativamente con el diagnóstico de gestantes con preeclampsia con un 14.4% (27), concluyendo que los resultados cardiotocográficos fueron desfavorables para el feto.

RECOMENDACIONES

- ✚ Al director del Hospital de Apoyo II-2 Dr. Carlos Rojas Bardales y el Jefe del área de Gineco Obstetricia realizar capacitaciones al personal de obstetricia para la actualización en monitoreo fetal y fomentar la práctica en gestantes para que de esta manera se pueda conocer los hallazgos que identifiquen un compromiso fetal para una intervención oportuna y así mejorar la valoración cardiotocográfica.
- ✚ A las obstetras del Hospital de Apoyo II-2 Sullana sensibilizar a la población sobre las complicaciones de la preeclampsia y expandir la realización de monitoreo electrónico fetal como una acción preventiva.
- ✚ A la Universidad Nacional de Piura, a la Escuela Profesional de Obstetricia y al área de investigación se recomienda seguir realizando investigaciones sobre monitoreo electrónico fetal con la finalidad de modernizar el manejo de las gestantes durante la atención prenatal en especial aquellas que cursan el tercer trimestre del embarazo.
- ✚ A los estudiantes de obstetricia que a partir de los resultados presentados de esta investigación, realizar futuras investigaciones para la mejora de salud materna neonatal.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. TERRÉ RULL C, FRANCÉS RIBERA L. Rev. ROL enferm 2014. [Online].; 2014. Available from: <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/65673/1/646753.pdf>.
2. Organización Mundial de la Salud. Cardiotocografía prenatal para la evaluación fetal. [Online].; 2010. Available from: <https://extranet.who.int/rhl/es/topics/pregnancy-and-childbirth/antenatal-care-12>.
3. BALLADARES B. Z, GARCÍA D V, BUJÁN D V, COUCEIRO E, LOPÉZ R N. Muerte fetal intrauterina: ¿podemos actuar en su prevención? Revista chilena de obstetricia y ginecología. 2013; 78(6).
4. UNFPA. BALANCE Y DESAFÍOS SOBRE LAS ACCIONES DEL GOBIERNO PARA MEJORAR LA SALUD. [Online].; 2013. Available from: <http://www.unfpa.org.pe/WebEspeciales/2014/Jun2014/Balance-y-Desafios-para-reducir-SMP.pdf>.
5. KU E. Factores psicosociales asociados a preeclampsia en mujeres hospitalizadas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, agosto a octubre de 2012. Revista Peruana de Epidemiología. 2014 enero y abril; 18(1).
6. Carballo MJ , Lopéz Gutiérrez P , Mercé LT , Martínez Pérez , García Hernández JA. EMBARAZO DE RIESGO ELEVADO. RIESGO DE PÉRDIDA. In Planta M, 2012 , editors. FUNDAMENTOS DE OBSTETRICIA (SEGO). Madrid; 2007. p. 873-874.
7. PÉREZ FLORES R. EVALUACIÓN DE LA UNIDAD FETO- PLACENTARIA. In OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA PARA APURADOS. Chile: Universidad de Chile; 2013. p. 5.
8. Romero Arauz J, Lara Gonzales A, Ramoz León J, Izquierdo Puente J. Utility of nonstress test in preeclampsia. Ginecol Obstet Mex. [Online].; 2001. Available from: <https://translate.google.com.pe/translate?hl=es-419&sl=en&u=https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11552457&prev=search>.
9. Ivanov S , Sigridov I , Mikhova M. Cardiotocographic monitoring (non stress test) in pregnancies, complicated by preclampsia. Akush Ginekol (Soffia) 2006; 45 (3): 3-8. [Online].; 2006 [cited 2018 marzo 20. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16889180>.
10. Romero G , Gutiérrez M , García R , Castillo C , Torres M , Guerra A. La frecuencia cardíaca fetal en pacientes con diagnóstico de preeclampsia leve y grave. ELSEVIER. 2010 ENERO - FEBRERO; 37(1).
11. Ruiz Vilchez , Francesca Raisa. Hallazgos de monitoreo electrónico fetal en pacientes con preeclampsia : Instituto Nacional Materno Perinatal, enero a diciembre 2012.

[Online].; Lima ,2014. Available from: http://sisbib-03.unmsm.edu.pe/cgi-bin/koha/opac-detail.pl?biblionumber=89834&query_desc=su%3A%22Embarazo%22%20and%20su-to%3AEmbarazo%20and%20su-to%3APreeclampsia.

12. CLEMENTE HUAMAN L, ESPINOZA DANIEL L. HALLAZGOS CARDIOTOCOGRÁFICOS EN GESTANTES CON PREECLAMPSIA EN EL HOSPITAL REGIONAL ZACARIAS CORREA VALDIVIA - HUANCABELICA 2016. [Online].; 2016. Available from: <http://repositorio.unh.edu.pe/bitstream/handle/UNH/1053/TP-UNH-OBST.00097.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
13. Marcela Gallo D. Monitorización electrónica fetal y medicina basada en las evidencias. Revista Colombiana Salud Libre. 2015; 5(1).
14. Martel Vargas M, Romero Rojas M. Guía de Procedimiento Asistencial de Monitoreo Electronico Fetal Anteparto (NST). En la Unidad de Vigilancia del Bienestar Fetal. Guia. Lima: Ministerio de Salud- Hospital Cayetano Heredia, Obstetricia y Ginecologia; 2014.
15. ACOG. ACOG Practice Bulletin. Clinical Management Guidelines for Obstetrician-Gynecologists, Number 70, December 2005 (Replaces Practice Bulletin Number 62, May 2005). Intrapartum fetal heart rate monitoring. PubMed. 2005 Dec; 106(6 : 1453- 1460).
16. Barrett Robinson , Latasha Nelson. A Review of the Proceedings from the 2008 NICHD Workshop on Standardized Nomenclature for Cardiotocography. Rev Obstet Gynecol. 2008; 1(4).
17. J H. Monitoreo Electronico Fetal Cardiotocografía. Segunda ed. PERÚ. 2013..
18. Osakidetza. Guía de monitorización electrónica fetal intraparto. Servicio de Ginecología y Obstetricia. [Online].; 2013. Available from: http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/hd_publicaciones/es_hdon/ad_juntos/Guia_Monitorizacion.pdf.
19. Gallo Vallejo M, Martínez Cuevas M, Santiago Blásquez C. Control del bienestar fetal anteparto. Métodos biofísicos y bioquímicos. [Online]. Available from: <http://media.axon.es/pdf/53536.pdf>.
20. Calvo ESECR. MONITOREO FETAL. [Online]. Available from: <https://drive.google.com/file/d/0B3ayQ-n8qZvXcnhyLU9HSHNxSGc/view>.
21. M P. Pruebas de vigilancia fetal. Capítulo 24. Pag. 477 - 516. [Online]. Available from: <http://www.bdigital.unal.edu.co/2795/27/9789584476180.24.pdf>.
22. Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos. Pruebas Especiales Para el Control de Salud Fetal (American College of Obstetricians and Gynecologists, Special Tests for Monitoring Fetal Health) Medem Medical Library. [Online]. Available from: <http://americanpregnancy.org/es/prenatal-testing/non-stress-test/>.

23. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Control del bienestar fetal anteparto. [Online].; Junio 2015. Pág. : 1-12. Available from: http://www.hvil.sld.cu/bvs/archivos/548_105%20control%20del%20bienestar%20fetal%20anteparto.pdf.
24. Cararach V , Botet F. Preeclampsia, Eclampsia y Síndrome HELLP. Protocolos Diagnóstico Terapéuticos de la AEP: Neonatología. [Online].; 2014. Available from: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/16_1.pdf.
25. Leis M , Rodriguez M. Guía Práctica Clínica. Diagnóstico y Tratamiento de la Preeclampsia- Eclampsia. Ginecol Obstet Mex. [Online].; 2015. Available from: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2010/gom106f.pdf>.
26. Avena J, Joerin V, Dozдор L, Brés S. Preeclampsia Eclampsia. Revista de Postgrado de la Vía Cátedra de Medicina. [Online].; 2010. Available from: http://med.unne.edu.ar/revista/revista165/5_165.pdf.
27. Carputo R , Barranco M. Fisiopatología de la Preeclampsia ¿ Es posible prevenirla? Granada: Hospital Universitario. Servicio de obstetricia y ginecología. [Online].; 2013. Available from: http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/actividad_docente_e_investigadora/clases_residentes/2013/clase2013_fisiopatologia_preeclampsia.pdf.
28. J P. Preeclampsia/Eclampsia: Reto para el ginecoobstetra. Acta Med Per. [Online].; 2006. Available from: <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v23n2/v23n2a10>.
29. Arrieta E , Rojas J , Girado S. Protocolo de Manejo de Preeclampsia - Eclampsia. E.S.E Clínica de Maternidad Rafael Calvo. 2010..
30. Secretaría de Salud. Dirección General de Salud Reproductiva. Lineamiento Técnico: Prevención Diagnóstico y Manejo de la Preeclampsia - Eclampsia.. [Online].; Mexico 2002. Available from: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/preeclampsia.pdf>.
31. Romero J , Lara A , Ramos J , Izquiero J. Utility of nonstress test (NST) in preeclampsia. Ginecol Obstet Mex 2001. [Online]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11552457>.
32. ICGON Hospital Clínic. Servicio de Medicina Maternofetal. ACTUALIZACIÓN EN MEDICINA MATERNOFETAL. [Online].; 2017. Available from: <http://medicinafetalbarcelona.org/docencia2/images/virtual/ppts/PPT5.pdf>.
33. Thacker S , Stroup D , Chang M. Monitoreo electrónico continuo de la frecuencia cardiaca para la evaluación fetal durante el trabajo de parto. En: La biblioteca cochrane Plus, 2015 Número 5. Oxford. [Online]. Available from: <http://www.update-software.com>.

34. Lombaard H , Pattinson R. Conducta activa versus conducta expectante para la preeclampsia severa antes de término. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS; 2010.
35. F G. Hallazgos Cardiotolocográficos en gestantes con embarazo prolongado en el Instituto Nacional Materno Perinatal; 2009 - 2010. Tesis de Licenciatura. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina; 2011.
36. Valderrama B. Desordenes hipertensivos en el embarazo. [Online].; 2016. Available from:
https://www.salud.gob.sv/archivos/pdf/telesalud_2016_presentaciones/presentacion25022016/Hipertension.pdf.
37. COAQUIRA TICAHUANCA VL. Hallazgos cardiotocográficos de gestantes con transtornos hipertensivos del embarazo en el hospital Manuel Ángel Higa Arakaki Satipo- Junin 2015. Tesis para optar titulación. Lima: Universidad San Martín de Porres; 2016.
38. Elera DJMH. monitoreo electrónico fetal (CARDIOTOCOGRAFIA). Primera ed. Lima - Perú: grafico columbus; 2010
39. Rich-Edwards JW, Ness RB, Roberts JM. Epidemiology of pregnancy-induced hypertension. In: Chesley's Hypertensive Disorders in Pregnancy, Academic Press/Elsevier, 2014. p.37-57.
40. Bajaan Huilcapi Cynthia, Estrada Guevara Lorena, Toral Cáceres Andrea. Cambio de paternidad: ¿Factor de riesgo para preeclampsia en pacientes multigestas? Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. [Online].; repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/648/1/T-UCSG-PRE-MED-63.pdf

ANEXOS



GOBIERNO REGIONAL DE PIURA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD PIURA
HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA.

"AÑO DEL DIÁLOGO Y LA RECONCILIACIÓN NACIONAL"



NOTA INFORMATIVA N°121 - 2018-HAS.430020168

A : Srta. ZOILA YOMIRA MERINO ZAPATA
INTERNO DE MEDICINA HUMANA – AÑO 2018

ASUNTO : ACEPTACION PARA CULMINACION DE PROYECTO TESIS.


REF. : Memorándum N°055-2018-HAS-4300201616

FECHA : Sullana, 30 de Julio de 2018.

Tengo el agrado de dirigirme a Usted, para saludarlo muy cordialmente y en atención al documento de la referencia cuya copia adjunto al presente, manifestarle que habiéndose realizando las coordinaciones con el Departamento de Consultorios Externos del HAS II-2 Sullana. Se da por aceptada su solicitud para que realicen y culmine su Proyecto de tesis denominado "VALORACION DE LOS RESULTADOS DEL TEST NO ESTRESANTE EN GESTANTES CON Y SIN PREECLAMPSIA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA".

Por lo que comunico a Usted; Para conocimiento y fines de competencia. Es propicia la oportunidad para expresarle mi especial consideración y estima personal

Atentamente,


GOBIERNO REGIONAL PIURA
HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA
Econ. Karín J. Campos Carreño
JEFE UNIDAD DE APOYO A LA DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

KJCC/nav.



Validez de instrumentos

UNIVERSIDAD NACIONAL DE PIURA- CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



I. INFORMACION GENERAL

- 1.1. Nombres y Apellidos del validador : Nelson Martín Navarro Jimenes
1.2. Cargo e institución donde labora : Hospital De Apoyo II-Sullana - JEFE DE GINECO Obstetricia
1.3. Nombre del instrumento evaluado: FICHA de RECOLECCIÓN de Datos
1.4. Autor del instrumento evaluado : Loila Yomira Merino Zapata

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

Revisar cada uno de los ítems del instrumento y anota la calificación que asigna a cada uno de los indicadores.

ASPECTOS DE EVALUAR: (calificación cuantitativa)

INDICADORES DE EVALUACION DEL INSTRUMENTO	CRITERIOS CUALITATIVOS CUANTITATIVOS	Deficiente	Regular	Bueno	Muy bueno	Excelente
		(01-09)	(10-13)	(14-16)	(17-18)	(19-20)
1. Claridad	Está formulado con lenguaje apropiado.					20
2. Objetividad	Está expresado con conductas observadas.					20
3. Actualidad	Adecuado al avance de la ciencia y calidad.					20
4. Organización	Existe una organización lógica del instrumento.					20
5. Suficiencia	Valora los aspectos en cantidad y calidad.					20
6. Intencionalidad	Adecuado para cumplir con los objetivos.					20
7. Consistencia	Basado en aspectos teóricos científicos del tema de estudios.					19
8. Coherencia	Entre la hipótesis, dimensiones e indicadores.					20
9. Metodología	Las estrategias responden al propósito del estudio.					20
10. Conveniencia	Genera nuevas pautas para la investigación y construcción de teorías.					20
Valoración cuantitativa (total x 0.004) = 76 Total						199

III. CALIFICACIÓN GLOBAL: Ubicar el coeficiente de validez obtenido en el intervalo respectivo y escriba sobre el espacio el resultado

Coeficiente
De validez

0.796

=

Validez
BUENA

Intervalo	Resultado
0,00 – 0,49	. validez nula
0,50 – 0,59	. validez muy baja
0,60 – 0,69	. validez baja
0,70 – 0,79	. validez aceptable
0,80 – 0,89	. validez buena
0,90 – 1,00	. validez muy buena

Fecha: 12 de Julio del 2018

GOBIERNO REGIONAL PIURA
HOSPITAL DE APOYO II - SULLANA
Dr. Nelson Martín Navarro Jiménez
Jefe (e) Opto.Gineco - Obstetricia
C.M.: 36023 RNE 16771

Firma Del Jurado

DNI N°: 03664370



Validez de instrumentos

UNIVERSIDAD NACIONAL DE PIURA- CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



I. INFORMACION GENERAL

- 1.1. Nombres y Apellidos del validador : Ida Ivonne Villaneyes Moran
1.2. Cargo e institución donde labora : Hospital Arayo II - Sullana
1.3. Nombre del instrumento evaluado: FICHA de RECOLECCIÓN de DATOS
1.4. Autor del instrumento evaluado : LOILA JOMIRA MERINO ZAPATA

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

Revisar cada uno de los ítems del instrumento y anota la calificación que asigna a cada uno de los indicadores.

ASPECTOS DE EVALUAR: (calificación cuantitativa)

INDICADORES DE EVALUACION DEL INSTRUMENTO	CRITERIOS CUALITATIVOS CUANTITATIVOS	Deficiente	Regular	Bueno	Muy bueno	Excelente
		(01-09)	(10-13)	(14-16)	(17-18)	(19-20)
1. Claridad	Está formulado con lenguaje apropiado.					19
2. Objetividad	Está expresado con conductas observadas.					20
3. Actualidad	Adecuado al avance de la ciencia y calidad.					20
4. Organización	Existe una organización lógica del instrumento.					20
5. Suficiencia	Valora los aspectos en cantidad y calidad.					19
6. Intencionalidad	Adecuado para cumplir con los objetivos.					19
7. Consistencia	Basado en aspectos teóricos científicos del tema de estudios.					20
8. Coherencia	Entre la hipótesis, dimensiones e indicadores.					20
9. Metodología	Las estrategias responden al propósito del estudio.					19
10. Conveniencia	Genera nuevas pautas para la investigación y construcción de teorías.					19
Valoración cuantitativa (total x 0.004) = 76 Total						176

III. CALIFICACIÓN GLOBAL: Ubicar el coeficiente de validez obtenido en el intervalo respectivo y escriba sobre el espacio el resultado

Coeficiente
De validez

0.704

=

Validez
Aceptable

Intervalo	Resultado
0,00 – 0,49	. validez nula
0,50 – 0,59	. validez muy baja
0,60 – 0,69	. validez baja
0,70 – 0,79	. validez aceptable
0,80 – 0,89	. validez buena
0,90 – 1,00	. validez muy buena

Fecha: Jueves 12 de Julio 2018

Obst. Ida Ivonne Villaneyes Moran
MAGISTER EN SALUD PUBLICA CON MENCIÓN
A SALUD MATERNO INFANTIL
Firma Del Jurado
DNI N°: 112119984



Validez de instrumentos

UNIVERSIDAD NACIONAL DE PIURA- CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



I. INFORMACION GENERAL

- 1.1. Nombres y Apellidos del validador : NANCY LIZ VIZA INOCENTE
1.2. Cargo e institución donde labora : HOSPITAL APOYO SULLANA II - 2
1.3. Nombre del instrumento evaluado : FICHA DE RECOLECCION DE DATOS
1.4. Autor del instrumento evaluado : ZOLA YOHIRA MERINO ZAPATA

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

Revisar cada uno de los ítems del instrumento y anota la calificación que asigna a cada uno de los indicadores.

ASPECTOS DE EVALUAR: (calificación cuantitativa)

INDICADORES DE EVALUACION DEL INSTRUMENTO	CRITERIOS CUALITATIVOS CUANTITATIVOS	Deficiente	Regular	Bueno	Muy bueno	Excelente
		(01-09)	(10-13)	(14-16)	(17-18)	(19-20)
1. Claridad	Está formulado con lenguaje apropiado.					19
2. Objetividad	Está expresado con conductas observadas.					20
3. Actualidad	Adecuado al avance de la ciencia y calidad.					20
4. Organización	Existe una organización lógica del instrumento.					20
5. Suficiencia	Valora los aspectos en cantidad y calidad.					20
6. Intencionalidad	Adecuado para cumplir con los objetivos.					20
7. Consistencia	Basado en aspectos teóricos científicos del tema de estudios.					19
8. Coherencia	Entre la hipótesis, dimensiones e indicadores.					20
9. Metodología	Las estrategias responden al propósito del estudio.					20
10. Conveniencia	Genera nuevas pautas para la investigación y construcción de teorías.					20
Valoración cuantitativa (total x 0.004) = 76 Total						198

III. CALIFICACIÓN GLOBAL: Ubicar el coeficiente de validez obtenido en el intervalo respectivo y escriba sobre el espacio el resultado

Coeficiente
De validez

0.8

=

VALIDEZ
BUENA

Intervalo	Resultado
0,00 – 0,49	. validez nula
0,50 – 0,59	. validez muy baja
0,60 – 0,69	. validez baja
0,70 – 0,79	. validez aceptable
0,80 – 0,89	. validez buena
0,90 – 1,00	. validez muy buena

Fecha: 13 Julio del 2018

DNI N°:

MATRIZ DE CONSISTENCIA

TÍTULO	PROBLEMA	HIPÓTESIS	OBJETIVOS	VARIABLES	DISEÑO
“VALORACIÓN DE LOS RESULTADOS DEL TEST NO ESTRESANTE EN GESTANTES CON Y SIN PREECLAMPSIA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL II-2 SULLANA, ENERO-FEBRERO, 2018”	¿Cuáles es el análisis de los resultados del test no estresante en pacientes gestantes con y sin preeclampsia atendidas en el Hospital II-2 Sullana, Enero-Febrero, 2018?	No aplicable por ser estudio descriptivo.	GENERAL: <ul style="list-style-type: none"> ❖ Analizar los resultados del test no estresante aplicados en pacientes gestantes con y sin preeclampsia atendidas en el Hospital II-2 Sullana, Enero- Febrero, 2018” ESPECÍFICOS: <ul style="list-style-type: none"> ❖ Determinar las características sociodemográficas considerando edad, estado civil, ocupación, grado de instrucción, procedencia, de las gestantes con y sin preeclampsia atendidas en el Hospital II-2 Sullana, Enero- Febrero, 2018 ❖ Determinar las características obstétricas considerando la edad gestacional, número de 	<ul style="list-style-type: none"> • Clasificación del paciente gestante <ul style="list-style-type: none"> - Paciente con preeclampsia - Paciente sin preeclampsia - Servicio de Procedencia. • Características sociodemográficas <ul style="list-style-type: none"> - Edad - Grado de instrucción - Estado civil - Ocupación - Procedencia • Características obstétricas <ul style="list-style-type: none"> - Controles prenatales - Edad gestacional - Antecedentes Obstetricos • Resultados del Test No Estresante <ul style="list-style-type: none"> - Reactivo - No reactivo 	TIPO DE ESTUDIO <ul style="list-style-type: none"> - DESCRIPTIVO Según el análisis y alcance del resultado, se determinará cómo está la situación de las variables que se van a estudiar en la población. - OBSERVACIONAL: Según la participación del investigador, no se manipulará variables. - RETROSPECTIVO: Según el tiempo de ocurrencia de los hechos y registros de la información. - TRANSVERSAL: Según el periodo y secuencia del estudio; se estudiarán las variables simultáneamente en determinado momento. METODOLOGÍA; MATERIAL Y MÉTODOS: <p>INSTRUMENTOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ficha de recolección de datos, en la que aparecen las diferentes variables a estudiar, con sus respectivos indicadores. - Computadora y software para el procesamiento de los datos. - <p>UNIVERSO Está representado por toda la población gestante atendida en el Hospital II -2 de Sullana.</p> <p>POBLACIÓN DE ESTUDIO Está representado por toda la población gestante atendida en el Hospital II -2 de Sullana, en los meses Enero-Febrero del 2018.</p> <p>MUESTRA</p>

			<p>controles y la gesta-para de las gestantes con y sin preeclampsia atendidas en el Hospital II-2 Sullana, Enero-Febrero, 2018</p> <p>❖ Distinguir las conclusiones del test no estresante en gestantes con y sin preeclampsia atendidas en el Hospital II-2 Sullana, Enero-Febrero, 2018</p>	<p>La muestra estará constituida por nuestra población de estudio, población gestante con y sin preeclampsia atendida en el Hospital II-2 Sullana durante los meses Enero-Febrero del 2018.</p> <p>CRITERIOS:</p> <p>CRITERIOS DE INCLUSIÓN</p> <p><u>CASOS</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Paciente gestante con diagnóstico de preeclampsia. - Paciente gestante con edad gestacional mayor de 36 semanas y menor de 41 semanas. - Gestante con resultados cardiotocográficos del Test No Estresante. - Gestante atendida en el Hospital de Apoyo II-2 Sullana durante los meses Enero-Febrero 2018. <p><u>CONTROL</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Gestante sin diagnóstico de preeclampsia. - Gestante con edad gestacional mayor de 36 semanas y menor de 41 semanas. - Gestante con resultados cardiotocográficos del Test No Estresante. - Gestante atendida en el Hospital de Apoyo II-2 Sullana durante los meses Enero-Febrero 2018 <p>CRITERIOS DE EXCLUSIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gestante con otras patologías asociadas. - Gestante con embarazo múltiple. - Historias clínicas inaccesibles o incompletas. <p>PROCESAMIENTO DE LA INFORMACION:</p> <p>Para el análisis, estadística y obtención de gráficos, se utilizará el Microsoft Office Excel 2016 y el software SPSS 20.0.</p> <p>Para la presentación de los hallazgos se realizarán cuadros estadísticos, tablas y gráficos, los cuales servirán de base para realizar el análisis e interpretación de la información obtenida utilizando para ello la base teórica propuesta.</p> <p>Se darán a conocer los resultados con la elaboración del informe final del trabajo de investigación.</p>
--	--	--	--	---

